TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr ANDRÉ BERGERET



PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
129, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 129
—
1923

TITRES

Interne des hôpitaux de Paris, le 15 février 1911.
Aide d'anatomie de la Faculté de Médecine de Paris, le 1er novembre 1913.
Prosecteur de l'Amphithéâtre des Hôpitaux de Paris, le 1er novembre 1919.
Chef de Clinique Chirurgicale de la Faculté de Médecine de Paris, le 1er novembre 1919.
Docteur en médecine, le 6 février 1915.

ENSEIGNEMENT

J'ai participé à l'enseignement de l'Anatomie et de la Médecine opératoire à la Faculté de Paris.

Pendant les années scolaires 1911-1912 et 1912-1913, comme aide d'anatomie bénévole à l'Amphithéâtre d'Anatomie des hôpitaux.

Pendant les années scolaires 1913-1914, 1918-1919 à la Faculté de Médecine comme aide d'anatomie titulaire.

Pendant les années scolaires 1919-1920 et 1920-1921, comme prosecteur, à l'Amphithéâtre d'Anatomie des hôpitaux.

Enfin comme Chef de Clinique pendant les années scolaires, 1919-1920, 1920-1921 et 1921-1922, j'ai participé à l'enseignement de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

TRAVAUX

J'ai entrepris et publié un certain nombre de travaux dont la liste par ordre chronologique est à la fin de cet exposé. Ces travaux ont trait à des sujets divers. Pour la facilité de leur exposition je les ai groupés d'après le sujet traité.

Un numéro au-dessous de chaque titre renvoie à la liste chronologique où se trouve l'indication bibliographique exacte.

TRAVAUX DE GYNÉCOLOGIE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

(N° 16)

J'ai étudié en collaboration avec mon maître, le professeur Hartmann, 186 observations de grossesses extra-utérines recueillies dans son service. Il s'agissait uniquement de cas qui étaient à la période gynécologique de l'affection.

Au point de vue étiologique et pathogénique la remarque la plus intéressante que nous ayons faite est la fréquence des lésions inflammatoires utéro-annexielles antérieures. Elle a été notée 69 fois et dans un grand nombre d'observations les détails manquaient sur ce point.

Ces phénomènes inflammatoires antérieurs s'observent surtout dans les cas de grossesse ampullaire (64 fois sur 119 cas) et beaucoup plus rarement dans les grossesses interstitielles ou isthmiques (5 sur 27). Il semble que l'inflammation en déterminant des adhérences ou des coudures de la partie ampullaire favorise l'arrêt de l'œuf en ce point.

Sur 157 cas pour lesquels l'âge avait été noté, 99 malades avaient entre 25 et 35 ans. Il n'y a rien là de particulier puisque c'est aux mêmes âges que s'observent les grossesses normales. L'époque à laquelle s'est établie la puberté ne semble pas avoir une grande importance.

Au point de vue anatomopathologique la grossesse extra-utérine était plus fréquente à droite qu'à gauche (90 contre 70).

119 fois il s'agissait de grossesse ampullaire, 24 fois de grossesse isthmique, 3 fois de grossesse interstitielle, 4 fois de grossesse infundibulaire, une fois la grossesse était enkystée entre le pavillon de la trompe et l'ovaire (grossesse tubo-ovarienne). Enfin dans trois cas l'œuf était développé dans la cavité abdominale et fixé une fois sur le côlon et le mégacôlon ; une fois sur le rectum, une fois sur le côlon et sur une des franges du pavillon.

Des 119 grossesses ampullaires, 27 ont été le siège de ruptures ; mais de ces 27, 4 seulement ont été suivies de grande inondation péritonéale ; dans les 23 autres cas la rupture s'est enkystée dans des adhérences et n'a donné lieu qu'à des hématocèles limitées. La plupart de ces ruptures intéressaient le bord libre de l'ampoule. Quelques-unes étaient de simples déchirures d'un pavillon trop étroit au cours d'un avortement abdominal qu'elles venaient compliquer. Dans 89 autres cas l'hématocèle a été en rapport avec un écoulement de sang par le pavillon perméable, soit qu'il y ait eu avortement par le pavillon (20 cas), soit qu'il y ait eu simple écoulement de sang par la trompe, l'œuf ou ses débris étant restés dans cette dernière (69 cas).

Dans 3 cas existait un hématosalpinx fermé, 1 fois par accolement de l'épiploon, 1 fois par des adhérences, 1 fois par le ligament large appliqué sur le pavillon. Dans presque tous les autres cas le pavillon était largement ouvert et perméable.

Au contraire, dans les grossesses isthmiques ou interstitielles la rupture avec inondation péritonéale a été la règle.

Dans 24 cas de grossesse isthmique, il y eut 23 fois inondation péritonéale ; dans 3 cas de grossesse interstitielle 2 fois inondation péritonéale. Un cas de grossesse interstitielle a été opéré avant rupture. (Comme particularité dans 2 cas de grossesse isthmique la déchirure s'est faite à la jonction de la trompe et de son méso entraînant en même temps que la rupture de la trompe une déchirure du ligament large.)

Il y a donc, *au point de vue de la fréquence de la grande hémorragie cataclysmique, une différence absolue entre les grossesses ampullaires d'une part, les grossesses isthmiques et interstitielles d'autre part.*

Dans un cas de grossesse ampullaire existait un petit épaissement fibromateux de la trompe à 1 cent. 1/2 de l'insertion utérine, dans un autre cas un pavillon accessoire.

Dans un certain nombre d'observations *l'état de l'ovaire correspondant* était relevé. Dans 17 cas l'ovaire était regardé comme sain; dans 8 il contenait de petits kystes; dans 1, un kyste hématique; dans 1, un kyste gros comme une tête de fœtus, à contenu comparable à de la sérosité, à face interne papillaire.

Dans un cas il y avait un kyste dermoïde, dans un autre existait un fibrome du ligament tubo-ovarien gros comme une mandarine.

Les *annexes du côté opposé* ont été dans une forte proportion, le siège de lésions. En regard de 30 cas, où elles ont paru saines, 57 présentaient des lésions manifestes, le plus souvent kystiques, 2 fois une inflammation simple, 1 fois une salpingite suppurée avec présence de gonocoques constatés dans la trompe; dans 1 cas il y avait un hématosalpinx du côté opposé; dans 1 cas l'ovaire kystique avait atteint le volume d'une mandarine; 1 fois il est noté que le pédicule tubo-ovarien très court avait causé une coudure très marquée de la trompe. Dans 1 cas il existait sur la trompe saine un diverticule apparent.

Quatre fois, enfin, les annexes du côté opposé à la grossesse extra-utérine avaient été enlevées antérieurement (3 fois pour une grossesse extra-utérine, 1 fois pour dégénérescence kystique).

Du côté de *l'utérus* dans un nombre important de cas, la présence de lésions est notée : 2 fois il existait une rétro-flexion manifeste; 5 fois il y avait de petits fibromes à siège variable, en avant de l'insertion utérine de la trompe, au niveau du fond de l'utérus, sur sa face antérieure, 2 fois de petits fibromes multiples.

Dans 14 cas, l'appendice adhérait par sa pointe ou sur une plus grande étendue aux annexes droites ou à la masse de l'hématocèle. Il était fixé par des adhérences fibrino-cruoriques molles. Dans certains cas existait une infiltration ecchymotique du méso appendice. Cette péri-appendicite a toujours été traitée par l'ablation de l'appendice.

De ces constatations anatomo-pathologiques, comme de l'étude étiologique, il semble ressortir que *l'existence de lésions pathologiques du côté de l'appareil utéro-annexiel a certainement une action dans le développement des grossesses extra-utérines.*

Nature et résultats immédiats de l'opération pratiquée. — L'opé-

ration pratiquée a été la castration unilatérale dans 121 cas, dont 5 avec résection cunéiforme de la corne utérine; 5 avec salpingoplastie du côté opposé.

Dans 5 cas, la lésion elle-même a été traitée par salpingoplastie. Deux de ces cas étaient des récidives. 21 fois on a fait l'hystérectomie subtotale, 9 fois l'hystérectomie abdominale totale.

Dans 4 cas, l'ablation bilatérale des annexes n'a pas été accompagnée d'une hystérectomie concomitante.

Dans 6 cas, où la grossesse tubaire avait été suivie de la formation d'une collection sanguine enkystée rétro-utérine, l'intervention a été limitée à une simple colpotomie postérieure, qui, dans 2 cas, a dû être suivie d'une hystérectomie vaginale.

Les 121 castrations unilatérales ont donné 115 guérisons et 6 morts, 4 par anémie aiguë, 1 par embolie le sixième jour, 1 le sixième jour avec 40°. Les 21 hystérectomies abdominales subtotales ont donné 20 guérisons, 1 mort le huitième jour de broncho-pneumonie; 9 hystérectomies totales ont donné 8 guérisons et 1 mort.

Résultats éloignés de l'intervention. — La question la plus intéressante à rechercher dans les résultats éloignés était celle de l'avenir génital des femmes chez lesquelles l'ablation avait été unilatérale.

Nous avons pu retrouver 44 femmes ayant subi une castration unilatérale pour grossesse extra-utérine depuis plus de cinq ans et avons eu sur elles des renseignements précis :

5 ont eu des enfants;
4 — fausses couches;
5 — récidives de grossesse ectopique;
1 a eu un enfant, puis une récidive de grossesse ectopique.

15,8 0/0 ont donc eu des grossesses normales, la proportion des récidives de grossesse ectopique est la même.

Ce chiffre, un peu faible de grossesses consécutives à l'opération, peut s'expliquer par ce fait que beaucoup de ces femmes, comme elles nous l'ont dit, redoutent la grossesse et l'évitent de peur de nouveaux accidents.

Il faut noter que, parmi les 186 cas relevés, trois avaient été traitées par castration unilatérale pour une récidive de gro-sesse tubaire. Elles avaient été, la première fois, opérées par un autre chirurgien. L'une est morte d'anémie suraiguë, les deux autres ne pouvant pas avoir de grossesse ultérieure n'ont pas été recherchées.

Nous n'avons pas fait figurer ces cas dans la statistique.

Enfin, signalons, bien que la chose soit beaucoup moins intéressante, que sur 27 femmes opérées par castration unilatérale depuis moins de

cinq ans, 25 ont été revues, une était enceinte, une autre est revenue se faire opérer d'une récidive. (Obs. VI.)

En somme, de nos recherches semble résulter que la grossesse ampullaire s'observe souvent chez des femmes qui ont antérieurement présenté des accidents de métrosalpingite, tandis que les grossesses isthmiques et interstitielles surviennent chez des femmes indemnes de tout passé génital, comme si les premières relevaient de modifications inflammatoires de la trompe et les secondes de malformations congénitales.

Les grossesses isthmiques et interstitielles déterminent surtout (25 fois sur 27) des ruptures. Souvent cette rupture est précoce ; elle se fait au péritoine sain et entraîne des accidents cataclysmiques.

La grossesse ampullaire détermine des accidents plus tardifs : hématosalpynx, avortement par le pavillon, plus rarement, rupture qui se fait alors fréquemment dans des adhérences ; l'hémorragie qui en résulte est, dans ce cas, limitée.

La proportion des récidives et des grossesses normales chez les femmes qui avaient subi une castration unilatérale a été la même : 15,8 0/0.

TUBERCULOSE SALPINGO-OVARIENNE

(N° 25)

Le travail que nous avons consacré à cette question, en collaboration avec le professeur Hartmann et notre collègue Remilly, est basé sur l'étude de 28 observations recueillies dans les archives du professeur Hartmann. Ces recherches nous ont montré que la tuberculose salpingo-ovarienne s'observe à la période génitale de la vie, surtout entre 20 et 35 ans (25 sur 28) ; une des malades avait 47 ans.

Dans 17 cas avaient existé des troubles dysménorrhéiques préalables. La stérilité a été très fréquente. En laissant de côté 2 vierges, nous avons noté que, sur les 26 autres, 21 n'avaient eu ni enfants ni fausses couches, 4 avaient eu un enfant, une 2 enfants et 2 fausses couches.

Dans 3 cas, la tuberculose génitale est apparue au moment de la puerpéralité, 2 fois quelques semaines après un accouchement, 1 fois 2 mois après une fausse couche.

9 malades avaient des antécédents tuberculeux antérieurs (4 fois une pleurésie, 2 fois des bronchites suspectes, 3 enfin présentaient, à leur entrée dans le service, des lésions pulmonaires en voie d'évolution). 8 avaient perdu des frères ou des sœurs de tuberculose, une son père.

Anatomie pathologique. — Une fois seulement la trompe était atteinte, dans les 27 autres cas existaient des lésions du péritoine ou des organes voisins.

a) *Lésions unilatérales.* — 7 fois les lésions étaient unilatérales. Dans 6 de ces 7 cas, la trompe était transformée en une poche à paroi épaissie, infiltrée, contenant soit des noyaux caséeux, soit un magma caséeux, soit un abcès froid. Dans le 7e, la trompe droite, qui avait le volume du poing,



Fig. 1. — Salpingite tuberculeuse avec volumineux abcès froid tubaire.

présentait à la coupe, au niveau de sa surface interne, un aspect très irrégulier, tomenteux et bourgeonnant. Il existait des bourgeons volumineux très saillants et très vasculaires rappelant l'aspect d'une grossesse tubaire ancienne. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de tuberculose.

Dans 2 de ces 7 cas de lésions unilatérales, les annexes opposées étaient entièrement saines. La propagation péritonéale n'avait intéressé que le péritoine voisin. Dans un cas elle gagnait l'appendice, fusionné avec les annexes droites pour former une masse inflammatoire unique. Dans 3 autres cas, les annexes du côté opposé ne présentaient aucune lésion endo-salpingienne, la propagation péritonéale qui les avait atteintes couvrait simplement leur surface séreuse de granulations tuberculeuses. Enfin, dans les 2 derniers cas, l'ovaire du côté malade et les annexes du côté opposé présentaient une dégénérescence kystique à contenu séreux.

b) *Lésions bilatérales.* — Dans 20 cas, les lésions étaient bilatérales. Dans 11 cas, il existait des poches de matière caséeuse ou des poches de pus grumeleux qui répondaient à la situation des annexes plus ou moins reconnaissables. Dans 5 de ces cas, l'aspect était celui d'une poche d'abcès froid. La poche, dans 1 cas, avait le volume d'une tête de fœtus, sa face externe était recouverte d'un semis de granulations, elle était remplie d'un pus grumeleux contenant des débris caséeux caractéristiques (fig. 1).

Dans 5 cas, les annexes des deux côtés étaient le siége d'une infiltration lardacée, centre d'un magma de péritonite adhésive, au milieu de laquelle on trouvait de loin en loin quelques noyaux caséeux ou quelques petits abcès.

Enfin, dans 4 cas, les lésions étaient presque exclusivement péritonéales. La tunique séreuse de la trompe était recouverte de granulations tuberculeuses, sans qu'il y eût d'autres lésions tubaires proprement dites qu'une oblitération plus ou moins complète du pavillon et une exsudation plus ou moins abondante dans la trompe, pouvant arriver à former un hydrosalpinx.

Au point de vue topographique, dans 1 cas les lésions siégeaient dans la portion isthmique, dans tous les autres cas dans la partie externe.

État de l'ovaire. — Les lésions tuberculeuses sont toujours prédominantes sur les trompes; elles sont presque toujours accompagnées de périovarite, mais l'envahissement même du tissu ovarien par le processus tuberculeux est beaucoup plus rarement noté dans nos observations. Il y a chez la femme quelque chose d'analogue à ce que l'on voit chez l'homme où la tuberculose, si fréquente au niveau de l'épididyme, laisse souvent le testicule indemne. Dans 1 cas, il est noté cependant qu'un abcès froid siégeait dans l'ovaire. Dans 5 autres cas, il semble que les lésions tuberculeuses de l'ovaire aient paru certaines. Dans 3 de ces cas, il existait simplement des granulations à la surface de l'ovaire, dans deux autres des noyaux caséeux intraovariens. Enfin, on trouve signalées 8 fois des lésions kystiques de l'ovaire. Jamais nous n'avons vu d'abcès de l'ovaire sans suppuration tubaire concomitante. Reste un point spécial non encore tranché : faut-il considérer, avec Poncet et l'École lyonnaise, certaines lésions kystiques ovariennes comme des manifestations d'une variété spéciale de tuberculose, qui, ne s'accompagnant ni de granulations tuberculeuses, ni de foyer caséeux, sont associées à d'autres lésions bacillaires et mériteraient d'être regardées comme une forme spéciale, dite inflammatoire, de la tuberculose. Une de nos observations tend à le faire croire.

État du péritoine. — Dans 15 cas, les lésions péritonéales étaient limitées au péritoine du petit bassin, qui se trouvait recouvert de granulations de volume variant d'une tête d'épingle à la taille d'un pois. Le péritoine pariétal et le péritoine viscéral en étaient couverts. D'ordinaire, les masses annexielles étaient collées à la face postérieure des ligaments larges auxquels des adhérences plus ou moins solides, tantôt molles, tantôt lardacées, les unissaient. Souvent, le côlon pelvien était fusionné avec ces masses, qui quelquefois étaient coiffées par le grand épiploon. Dans 1 cas, l'appendice plongeait dans le bassin et était englobé dans une masse annexielle droite.

Dans 15 cas, les lésions s'étendaient au péritoine de l'abdomen. Le péritoine de la paroi antérieure, dans sa partie sous-ombilicale, le grand épiploon étaient envahis, infiltrés et recouverts de granulations tuberculeuses; le péritoine de l'iléon, le mésentère, le côlon sigmoïde et son méso en étaient recouverts. Ces différentes anses, d'ordinaire agglutinées et fusionnées avec le grand épiploon et la paroi abdominale antérieure, formaient une masse volumineuse. L'intestin, 2 fois, était simplement recouvert de granulations; dans 11 cas il était agglutiné par de fausses membranes; dans un cas existait de l'ascite.

Fistules. — Nous n'avons relevé qu'une fois une fistule avec un organe voisin, c'était une fistule avec le côlon pelvien; ses dimensions étaient celles d'une grosse sonde cannelée. Aucune de nos malades n'a eu de fistule s'ouvrant dans les voies urinaires.

L'une d'elles avait une fistule spontanée qui s'ouvrait à la peau de la région inguinale; 4 ont eu des fistules pariétales post-opératoires, 1 autre a conservé une fistule vaginale pendant quelque temps.

État de l'utérus. — Il est noté, dans un grand nombre d'observations, que le péritoine de l'utérus est recouvert de granulations ou que sa paroi forme la limite d'une poche purulente annexielle L'état de la muqueuse est signalé dans 6 cas : 4 fois elle paraît saine, dans 2 cas elle est atteinte d'endométrite fongueuse. Dans l'un de ces cas, le corps utérin est un peu augmenté de volume. La muqueuse présente son aspect normal au niveau de ses deux tiers inférieurs, le tiers supérieur, au contraire, est bourgeonnant et fongueux.

Nous n'avons observé que dans 1 cas la *coïncidence de la tuberculose urinaire avec la tuberculose génitale*. En même temps qu'une tuberculose de la trompe droite, il y avait une pyonéphrose tuberculeuse du côté opposé.

Il s'agissait d'une femme de 55 ans, entrée pour une énorme pyonéphrose, fermée du côté gauche et une tuméfaction annexielle droite. La

cœliotomie, pratiquée le 1[er] juin 1909, permit de faire une néphrectomie transpéritonéale gauche et l'ablation des annexes droites. La malade a été revue guérie, dans un état de santé parfaite, en mai 1910.

La rareté du développement de lésions tuberculeuses, à la fois dans l'appareil génital et dans l'appareil urinaire chez la femme, est digne d'être mentionnée par comparaison avec la fréquence relative de la coïncidence des lésions tuberculeuses de l'appareil urinaire et de celles de l'appareil génital chez l'homme.

Dans la statistique de néphrectomie pour tuberculose rénale du pro-

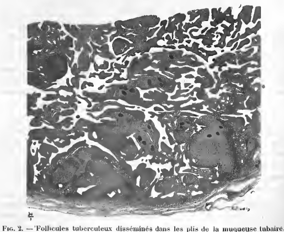


Fig. 2. — Follicules tuberculeux disséminés dans les plis de la muqueuse tubaire.

fesseur Hartmann, on ne trouve qu'un seul cas de tuberculose génitale sur 55 femmes néphrectomisées (celui que nous venons de mentionner), alors qu'il existe 5 cas de tuberculose épididymaire sur 19 hommes néphrectomisés. Cette différence n'a rien qui doive étonner, les connexions de l'appareil génital et de l'appareil urinaire étant très différentes chez la femme et chez l'homme.

Étude histologique. — L'étude histologique de nos pièces ne nous a rien montré de bien particulier.

La nature tuberculeuse des lésions s'y trouve caractérisée, soit par

la présence de cellules géantes plus ou moins typiques, soit par l'existence de follicules tuberculeux mieux individualisés. La zone de réaction lympho-conjonctive qui entoure ces formations est plus ou moins étendue. Elle peut évoluer vers le ramollissement et constituer des nodules caséeux, puis, par fonte progressive, des abcès froids. Elle peut au contraire évoluer vers l'organisation et la sclérose. On peut en somme observer les modes divers et tous les degrés possibles dans l'évolution des lésions tuberculeuses.

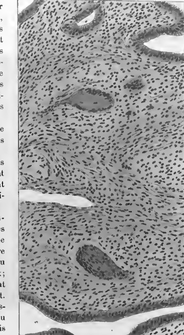


Fig. 3. — Cellules géantes au milieu d'un foyer d'infiltration du tissu sous-muqueux du corps-utérin.

Les trompes sont le siège de prédilection des lésions.

Dans certains cas les follicules se développent sous la séreuse. Ce sont des cas de granulie péritonéale.

Dans la tuberculose tubaire proprement dite, les lésions débutent par une infiltration inflammatoire de la muqueuse et du tissu conjonctif sous-muqueux; les autres tuniques sont envahies secondairement.

Les lésions peuvent rester disséminées au milieu d'éléments modifiés, mais encore reconnaissables. Elles peuvent confluer et la paroi de la trompe n'être plus formée que par un tissu inflammatoire qui, dans certains cas, rappelle la paroi d'un abcès froid avec son aspect habituel.

La figure 2, faite à un très faible grossissement, montre l'aspect d'une des préparations les plus typiques que nous ayons observées.

On y voit des cellules géantes entourées d'une réaction inflammatoire légère, disséminées dans les villosités de la muqueuse tubaire.

Les lésions du corps utérin sont beaucoup plus rares.

Elles intéressent avant tout la muqueuse, épaissie, bourrée de noyaux inflammatoires.

La figure 3 montre l'aspect de lésions au début, avec des cellules géantes sous un épithélium encore intact.

A un degré plus avancé une infiltration diffuse occupe la muqueuse et

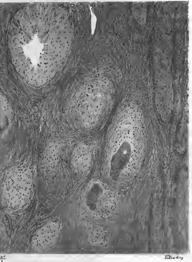


Fig. 4. — Foyer tuberculeux à la limite de la muqueuse et du muscle utérin.

le tissu conjonctif sous-jacent. Les glandes sont refoulées, atteintes par un processus de dégénérescence, détruites. Par places, toute trace de muqueuse a disparu, il ne persiste plus qu'un tissu inflammatoire au contact du muscle.

Le muscle est lui-même souvent envahi Au début cet envahissement est discret et doit être recherché d'ordinaire au voisinage des vaisseaux. Puis, quand les lésions progressent, l'envahissement se fait de proche en

proche. La figure 4 nous montre des cellules géantes en une région qui répond aux limites de la couche muqueuse et du muscle.

Etude clinique. — Au point de vue clinique, nous avons trouvé d'assez grandes différences chez nos malades. Chez certaines d'entre elles, le syndrome était celui d'une annexite inflammatoire banale; chez d'autres on trouvait le complexus symptomatique de la péritonite tuberculeuse, avec cette particularité qu'il y avait des masses tuberculeuses pelviennes, qu'il existait des troubles fonctionnels génitaux, que les symptômes intestinaux, si fréquents dans la péritonite tuberculeuse, étaient, au contraire, rares et n'étaient apparus que tardivement. Entre ces deux extrêmes nous avons trouvé tous les intermédiaires.

1° Tuberculose génitale, à forme d'annexite, avec ou sans pelvipéritonite. — Cette variété s'est rencontrée dans 14 de nos observations. Dans presque tous les cas, le début est progressif. Pendant un temps variable, six, huit mois, quatre ans même dans un cas, la malade souffre légèrement du ventre; les règles deviennent irrégulières et douloureuses; des pertes blanches ou rouges, plus ou moins abondantes, apparaissent. Ces troubles surviennent par crises, le plus souvent à l'occasion des règles. Les crises sont rarement assez violentes pour obliger la malade à interrompre son travail et à garder le lit.

La douleur, dans quelques cas, manque complètement, ou se réduit à une simple sensation de pesanteur. Lorsqu'elle existe, elle siège dans le bas-ventre, survient à l'occasion des règles ou d'une fatigue, s'irradie vers les lombes ou les membres inférieurs. Il est rare qu'elle soit très violente.

Les troubles de la menstruation sont variables et ne semblent pas très importants. La modalité des règles est notée dans 8 de nos observations : 6 fois elles sont restées très régulières, tant dans leur date d'apparition que dans leur durée et leurs caractères généraux ; 3 fois elles se sont modifiées au moment où les accidents ont commencé, devenant irrégulières et douloureuses ; une malade a présenté des ménorragies. Dans un seul cas nous avons noté de l'aménorrhée, mais il s'agissait de la plus âgée de nos malades, d'une femme de quarante-sept ans, l'arrêt des règles était peut-être en rapport avec la ménopause.

6 femmes sur 14 n'avaient eu ni enfant, ni fausse couche ; 8 avaient eu des enfants, l'une avait même eu 3 enfants et 1 fausse couche. La proportion des femmes stériles a donc été de 43 p. 100.

6 de nos malades n'ont jamais eu de pertes ; 8 en ont eu, leucorrhée simple, pertes jaunes ou verdâtres, quelquefois même pertes roussâtres ; dans 3 cas il y eut des pertes rouges assez abondantes.

A l'inspection, l'abdomen est d'ordinaire normal; dans 2 de nos cas cependant il était légèrement météorisé. Le ventre est souple, parfois la palpation profonde de la partie inféro-interne des fosses iliaques réveille un peu de douleur. L'utérus, un peu augmenté dans 3 cas, était dans les autres normal; sa mobilité varie suivant les cas; elle était normale dans 2 cas malgré l'existence de masses annexielles latérales; dans 3 il était complètement immobilisé; dans les autres sa mobilité était diminuée à des degrés variables. Latéralement on trouve des tuméfactions de dimensions variables, rappelant celles que l'on constate ordinairement dans les annexites banales, le plus souvent douloureuses, quelquefois indolentes.

Jamais nous n'avons senti ces nodosités en chapelet que décrivent, un peu théoriquement croyons-nous, quelques gynécologues. Dans 6 cas il est spécifié que la tuméfaction était dure, dans les autres que la consistance variait; elle variait même, pour le même cas, suivant les points.

D'une manière générale la maladie a évolué par poussées successives, chaque poussée s'accompagnant d'une légère ascension thermique, aux environs de 38°.

L'état général, dans la plupart des cas, était peu atteint. On note cependant parfois un léger amaigrissement et assez souvent des lésions de tuberculose chronique pleuro-pulmonaire (submatité et respiration rude d'un sommet, diminution de la respiration à la base, séquelle d'une pleurésie ancienne, etc.).

2· **Péritonite tuberculeuse fibro-caséeuse à point de départ génital.** — Le tableau clinique de cette forme, que nous avons rencontrée 13 fois, est plus grave, sa marche plus aiguë que celle de la forme précédente.

Dans 10 cas, les *accidents ont semblé débuter par une crise brusque* et violente, correspondant probablement à l'éclosion d'une pelvipéritonite qui vient compliquer l'évolution de lésions annexielles préexistantes. Lorsqu'on interroge avec soin les malades on apprend qu'elles souffraient depuis quelques mois de douleurs abdominales vagues lorsqu'elles ont été prises brusquement d'une douleur aiguë, violente, qui dans un cas a été presque syncopale. Cette crise survient sans cause; dans aucune de nos observations elle n'a débuté à la suite d'une couche ou d'une fausse couche.

La *douleur*, qui siège dans le bas-ventre, s'irradie vers les lombes, l'abdomen et s'accompagne quelquefois de coliques. Elle est tenace, peut résister à la glace et au repos au lit. Chez une de nos malades elle était toutefois presque nulle et se réduisait à une simple sensation de pesanteur.

Il y a de l'anorexie, quelquefois des vomissements, presque toujours de la constipation. La fièvre est, en général, peu élevée; la température monte à 38°, 38°5, exceptionnellement à 39°.

Chez 6 de nos malades, les *règles* sont restées normales, 4 fois elles sont devenues plus douloureuses, 2 fois plus abondantes. Dans presque tous les cas il y avait des pertes blanches; dans quelques-uns des pertes rouges surajoutées, survenant par crises, coïncidant avec des douleurs. Une de nos malades a eu, pendant un an et demi, une aménorrhée complète, suivie de pertes rouges.

A l'*inspection*, le ventre est légèrement ballonné, voussuré dans sa moitié sous-ombilicale. La *percussion* permet de délimiter une zone de matité qui occupe l'hypogastre et la partie interne des fosses iliaques. Le contour de cette matité est ordinairement irrégulier. A la *palpation* on sent une masse qui émerge du bassin, occupe l'hypogastre, remonte plus ou moins haut vers l'ombilic, le dépassant même quelquefois. Cette masse se prolonge latéralement dans les fosses iliaques, elle présente des contours irréguliers. Elle est en général bosselée, de consistance variable, tantôt dure, tantôt résistante, quelquefois nettement ramollie par places; elle est absolument fixe, sensible à la pression. En combinant le toucher au palper, on la retrouve dans le pelvis, en arrière de l'utérus qu'elle refoule en avant ou latéralement. Tantôt la masse semble unique, tantôt on a la sensation de deux ou plusieurs masses fusionnées, remplissant le cul-de-sac recto-utérin, se prolongeant soit d'un seul, soit des deux côtés jusqu'à la paroi latérale du pelvis. Fixes, un peu sensibles à la pression, ces masses ont une consistance variable, dure, empâtée, ramollie. Elles fixent le plus souvent l'utérus dont on reconnaît difficilement le fond à un ou deux travers de doigt au-dessus du pubis.

Deux fois les collections suppurées, développées dans ces masses, se sont *fistulisées* spontanément, une fois dans la région inguinale, une fois dans le côlon pelvien.

L'*état général* est en général assez atteint, beaucoup plus que dans la forme précédente. Il y a de l'amaigrissement, des sueurs nocturnes, de la fièvre qui quelquefois a les caractères de la fièvre à grandes oscillations. 2 fois nous avons trouvé des râles fins disséminés dans les poumons.

L'évolution est aussi plus aiguë que dans la forme d'annexite; les malades font des poussées, même lorsqu'elles restent au repos; le pronostic est plus grave; sur 4 décès, 3 se rapportent à cette forme.

3° Péritonite tuberculeuse ascitique à point de départ génital. — Cette forme est celle que nous avons le plus rarement rencontrée. Nous n'en

avons observé qu'un cas ; le développement de l'ascite avait été précédé de troubles dysménorrhéiques marqués; sur 14 péritonites tuberculeuses à forme ascitique, dans lesquelles nous avons examiné systématiquement l'état des annexes après la cœliotomie, c'est le seul cas où la péritonite nous ait paru avoir un point de départ génital.

Traitement. — Toutes ces malades ont été opérées.

Quatre des tuberculoses à forme d'annexite ont été traitées par castration unilatérale ; l'une avait des lésions unilatérales simples, l'opération s'est limitée à la castration ; chez la seconde une appendicectomie, chez la troisième une néphrectomie transpéritonéale pour pyonéphrose tuberculeuse furent en même temps pratiquées ; chez la quatrième il y avait des lésions complexes, une fistule inguinale pyo-stercorale. Elle fut traitée par castration unilatérale. Les 4 malades ont guéri, la dernière seule a conservé une petite fistule ; 2 d'entre elles ont été revues récemment après plusieurs années écoulées ; leur état, général et local, est excellent, les fonctions génitales normales.

10 autres annexites ont subi la castration bilatérale avec hystérectomie (6 fois totale, 4 fois subtotale) : 3 guérisons, 1 mort le lendemain de l'opération.

Les résultats ont été moins bons dans les pelvipéritonites tuberculeuses. 2 fois on dut se limiter à la cœliotomie simple en raison de l'extension et de la complexité des lésions ; les deux malades quittèrent l'hôpital avec un bon état général et une amélioration dans l'état local ; aucune n'a été revue.

Dans 2 autres cas, l'intervention a consisté simplement dans l'ouverture et le drainage de poches suppurées : chez une femme on fit une colpotomie postérieure qui améliora son état et guérit sans fistule ; chez l'autre on fit une colpotomie, puis un drainage sus-pubien : amélioration, cicatrisation sans fistule.

Dans les 9 autres cas, on fit une castration bilatérale avec hystérectomie (6 fois totale, 3 fois subtotale).

Une malade a succombé, le lendemain de l'opération, de choc ; il existait des lésions étendues et l'opération avait été pénible. 2 autres ont succombé au bout de onze et de dix-neuf jours, une fois à une granulie, une fois à une méningite tuberculeuse.

Résultats éloignés. — Nous n'avons pu suivre que 7 de nos opérées.

4 avaient simplement subi une castration unilatérale :

La malade qui avait subi une castration unilatérale en même temps qu'une néphrectomie fut revue un an après son opération : elle avait

engraissé de 6 kilos, ses règles étaient normales, ses urines claires, elle présentait une cicatrice normale sans éventration.

La malade qui avait subi une castration unilatérale pour des lésions tuberculeuses ayant provoqué une fistule inguinale pyo-stercorale fut revue deux ans après son opération. Elle présentait un très bon état général, elle conservait une petite fistule à la partie inférieure de la cicatrice, par où s'écoulait quelquefois un liquide un peu teinté et quelques gaz, au dire de la malade. Elle présentait une gomme tuberculeuse en évolution au niveau du cou-de-pied.

Une malade qui avait subi une castration unilatérale fut revue huit ans après l'opération : elle avait engraissé de 5 kilos, son état général était excellent, ses règles normales, elle conservait une fistule à la partie inférieure de la cicatrice.

Une femme qui avait subi le 14 mai 1907 une ablation unilatérale des annexes pour salpingite tuberculeuse avec pelvipéritonite a été revue le 17 mai 1920. Elle a présenté après son opération une interruption de règle de cinq ans, puis ses règles sont revenues. Elle a conservé une fistule à la partie inférieure de la cicatrice par où s'écoule du sang au moment des règles. Elle a beaucoup engraissé.

Trois autres malades qui avaient subi une castration totale furent revues ; l'une trois ans, l'autre deux ans, l'autre trois ans et demi après leur opération : toutes les trois étaient en parfaite santé, elles présentaient une cicatrice solide sans éventration.

Enfin, 3 malades sont mortes secondairement de tuberculose.

Une est morte quatre mois et demi après l'intervention, elle s'est éteinte progressivement et a conservé pendant tout ce temps une fistule à la partie inférieure de la cicatrice, par où s'écoulait une suppuration abondante ; une autre est morte un an après, de lésions pulmonaires ; la troisième, opérée le 7 mai 1913, avait conservé une fistule : elle présenta en mars 1914 une poussée péritonitique et succomba le 20 avril 1914, un an après l'opération, à la suite d'une méningite.

TUBERCULOSE DU CORPS UTÉRIN

(N° 11)

J'ai présenté à la Société anatomique l'observation et les pièces d'une de ces malades en collaboration avec Botelho. Femme de 31 ans, présentant depuis trois ans des troubles dysménorrhéiques avec pertes blanches, et soignée antérieurement pour une pleurésie. A l'examen, col moins

mobile que normalement ; corps un peu gros ; masse douloureuse dans le cul-de-sac gauche. Intervention le 5 janvier 1918. Castration abdominale totale.

La trompe gauche est épaissie, ses parois sont infiltrées. La portion ampullaire est remplie d'un magma caséeux. Les annexes droites sont kystiques. Le corps utérin est un peu gros : la muqueuse dans son tiers supérieur est bourgeonnante et fongueuse.

Examen histologique : tuberculose de la trompe gauche. Au niveau de l'utérus, nombreux follicules tuberculeux dans le chorion muqueux et le myomètre. En certains points, des cellules géantes apparaissent au niveau de culs-de-sac glandulaires aisément reconnaissables.

ADÉNOMYOME DE LA TROMPE

(N° 26)

Un cas d'adénomyome de la trompe droite que j'avais opéré a fait l'objet de la thèse de notre collègue Bontemps où l'on trouve dans ses détails l'observation que je lui avait fournie.

Il s'agissait d'une malade qui était venue consulter parce qu'elle souf-

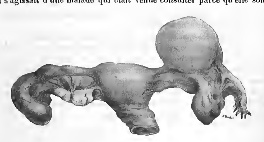


Fig. 5.

frait d'une façon très vive au moment de ses règles, comme cela s'observe d'ordinaire en pareil cas. L'examen avait fait reconnaître à droite du corps utérin la présence d'une masse grosse comme une mandarine, de consistance ferme, régulière, indolore, débordant le corps utérin en arrière et en avant. Cette masse haut située était mobile, on la séparait du corps utérin avec lequel elle se déplaçait, mais auquel elle paraissait reliée par

un pédicule. Je fis le diagnostic de fibrome pédiculé de la corne utérine et pratiquai une hystérectomie abdominale totele régulière dont les suites immédiates et éloignées furent parfaites. La pièce que représente la figure 5 montre, à deux centimètres de la corne utérine droite, l'existence d'une tumeur arrondie, lisse, régulière, de la grosseur d'une mendarine, qui s'est développée en soulevant le péritoine et en s'énucléant en quelque sorte de l'aileron moyen. Cette tumeur est de coloration rouge foncé. Elle est de consistance trés ferme. Elle répond à la partie moyenne de la trompe qu'elle semble interrompre, entre elle et la corne utérine se trouve une portion de l'isthme tubaire parfaitement normale, formant le faîte de l'aileron moyen, lnngue de deux centimètres et qui vient se perdre dans la base de la tumeur. De la partie externe de cette base se détache une portion ampullaire de dimensions un peu grêles, longue de cinq centimètres envirnn, et qui aboutit à un pavillon bien constitué.

L'ovaire déjeté en dehors paraît normal, et le ligament utéro-ovarien est refoulé en haut, vers la base de la tumeur.

Ce déplacement paraît dû à la situation qu'occupait la tumeur sur le vivant. Lorsqu'on nuvrit le ventre, en effet, la tumeur était retombée derrière la partie utérine du ligament large droit, et était venue se placer entre l'ovaire et le bord correspondant de l'utérus. L'utérus qui est petit présente lui aussi une déviation secondaire due à cette position de la tumeur. Le col fait avec le corps un angle droit en haut et à droite, constituant ainsi un véritable lit à la tumeur.

L'utérus est petit, mais ne présente pas d'altération macroscopique, en particulier pas de noyaux fibromateux.

Il existe un hydrosalpinx de la trompe gauche, grosse comme un pouce d'adulte. L'oveire gauche peraît normal. Lorsqu'on ouvre la tumeur par une coupe vertico-transversale, on constate qu'elle est formée per un tissu dur, analngue à celui des fibromyomes utérins. Même aspect de fibres blenchâtres disposées en tourbillons, même consistance très dure. Une particularité retiont l'attention, c'est la présence d'une série de petits kystes gros comme des grains de blé, situés à 1 centimètre de profondeur environ, et disposés dans une zone d'un centimètre cerré environ.

La trompe se termine en dedans et en dednrs en cul-de-sac, au niveau de la tumeur qui paraît l'interrompre.

On ne note rien d'anormal dans l'aileron mnyen, pas plus que dans le ligamenl large.

L'examen histologique révèle l'existence de tnurbillons des fibres musculaires lisses, au milieu desquelles on retrouve les cavités kystiques : mais celles-ci sont noyées dans un stroma qui les sépare du tissu musculaire : Il

est formé de tissu lymphoïde non réticulé. Les kystes (fig. 6) sont de différentes dimensions, il y en a de grands, de moyens et de petits, ils sont arrondis, leur contour présente même une certaine régularité, on n'observe pas de diverticule, ni d'abouchement d'une cavité dans un canal central; c'est à peine si on peut en trouver un des deux dont la membrane d'enveloppe forme quelques replis festonnés : leur cavité est tapissée par un épithélium cylindrique formé d'une seule rangée de cellules,



Fig. 6.

celles-ci sont d'autant plus élevées que les dimensions de la cavité du kyste sont plus réduites : les grands kystes sont tapissés de cellules aplaties avec un petit noyau, l'étroite lumière des petits kystes (fig. 7) est revêtue de cellules élevées renfermant un noyau basal assez volumineux : aucune de ces cavités ne renferme d'éléments figurés : ni globules rouges, ni lymphocytes, ni cellules pigmentaires : la distribution du tissu lymphoïde est en relation avec le volume des kystes : très abondant autour des petites cavités qui sont noyées dans un épais bourrelet de tissu lymphoïde, il semble très réduit autour des aréoles les plus vastes, dont la paroi est en certains points en contact direct avec le tissu musculaire.

Enfin on trouve dans différentes régions des vaisseaux sanguins, bien différenciés qui ne présentent pas une topographie particulière.

En aucun point, on ne peut individualiser une portion quelconque de la lumière de la trompe.

Ces adénomyomes de la trompe sont en tous points analogues aux tumeurs de même nature que l'on trouve dans la paroi utérine, dans le ligament rond, dans le mésovarium, dans l'espace recto-génital. Ils se

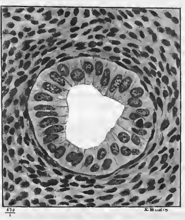


Fig. 7.

distinguent des nodules adénomateux qui se développent dans les trompes enflammées.

Rleklinghausen les fait naître de débris embryonnaires wolfiens. Kussmann, Pick, Cullen, de débris mullériens. Letulle leur applique sa théorie dysembryoplasique.

Ce sont des tumeurs exceptionnelles.

EPITHÉLIOMA DU CORPS UTÉRIN SIMULANT UN SARCOME

(N° 10)

J'ai présenté à la *Société anatomique*, en collaboration avec le professeur Peyron, une pièce d'hystérectomie, enlevée à une femme de 59 ans, pour pertes rouillées avec altération de l'état général et corps utérin volumineux.

A l'examen macroscopique : muqueuse du corps fongueux, soulevée par des tumeurs arrondies, un peu molles, blanc grisâtre. Tissu utérin farci de masses blanches un peu rosées.

A l'examen microscopique : masses cellulaires, périvasculaires, cavités vasculaires irrégulières contenant des amas néoplasiques, rappelant certains sarcomes à évolution rapide.

Il s'agissait en réalité, comme on pouvait le voir sur ces coupes prenant toute l'épaisseur de la paroi jusqu'à la cavité utérine d'une néoplasie épithéliale du type glandulaire habituel, s'infiltrant dans un tissu conjonctif lâche et simulant une évolution sarcomateuse.

HYDROSALPINX A PÉDICULE TORDU

(N° 36)

J'ai présenté à la *Société anatomique*, avec Mlle Pommay, l'observation d'une femme de 28 ans qui fut prise brusquement, à l'occasion d'un mouvement pour se pencher en avant, d'une violente douleur dans le bas-ventre et la fosse iliaque droite. Pendant deux jours, les douleurs restent très vives. Elle vomit. A l'examen on constate une masse peu tendue, bien limitée, à droite et en avant de l'utérus, et une autre masse gauche, plus profonde, moins douloureuse.

A l'intervention, hydrosalpinx droit, tordu, et hydrosalpinx gauche non pédiculé. A droite, le tiers interne de la trompe formait pédicule de torsion, enroulé sur lui-même de 2 tours 1/2; l'ovaire, ayant participé à la torsion, est augmenté de volume, apoplectique.

Cette torsion d'hydrosalpinx répond donc à la règle. Elle s'est produite dans un cas de tumeur abdominale mobile développée aux dépens de la partie externe de la trompe, d'où résultait un pédicule étroit formé par la partie interne.

L'hydrosalpinx gauche a dû se constituer en même temps que le droit. Solidement fixé, il ne pouvait se tordre.

CHORIO-ÉPITHÉLIOME DU LIGAMENT LARGE

(N° 45.)

J'ai présenté à la Société de gynécologie et d'obstétrique, en collaboration avec Moulonguet, l'observation d'une femme atteinte du chorio-épithéliome du ligament large droit. Cette femme avait des métrorragies persistentes depuis une fausse couche qui s'était produite il y a deux ans et malgré un curettage.

Elle présentait une tumeur latéro-utérine droite plus grosse qu'un poing d'adulte, débordant l'utérus en avant et en erriére. Appréciable par le palper bimanuel et par le simple palper hypogastrique. Elle était animée de battements systoliques. A sa partio externe et supérieure existait un thryll qui fut attribué à une compression de l'artère iliaque externe. Le diagnostic porté étoit celui d'anévrysme de l'hypogastrique ou d'angiome ceverneux.

A l'intervention je trouvai une tumeur occupant la base du ligament large droit. Les annexes droites étaient saines au-dessus de la messe. Le péritoine du petit bassin leisse voir par trensparence de nombreuses artérioles et veinules dilatées et flexueuses qui le soulèvent. Je lie l'hypogastrique, les battements de la tumeur cessent. Je procède e une hystérectomie supreveginale par le procédé amérienin de gauche à droite, duis j'ouvre la tumeur qui est constituée par une poche unique pleine de sang et de caillots. L'hémostase de deux pédieules, l'un externe et inférieur, l'autre interne et supérieur, arrête l'hémorragie. J'extirpe la plus grande pertie de la poche, sauf la partie inférieure et antérieuro qui adhérait à la vessie et englobalt l'uretère déterminant une hydronéphrose secondaire.

La malede guérit simplement.

L'exemen histologique des parois de la tumeur montre au milieu d'un tissu angiomateux des éléments des trophoblastes et permet le diagnostic de chorio-épithéliome. Les éléments néoplasiques sont peu nombreux par rapport à la néoformation vasculaire qu'ils ont provoquée. Ce sont des cellules et des plasmodes contenant le plus souvent des noyaux monstrueux ; elles sont contenues dans des cevités vasculaires thrombosées.

L'examen de l'utérus n'a montré aucune lésion de chorioépithéliome.

Cette locelisation dans le ligament large est tout à fait exceptionnelle.

AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES

LE PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE

(N°ˢ 17 et 18)

Dans deux articles successifs, j'ai étudié le phlegmon périnéphrétique et en particulier la périnéphrite suppurée dite primitive. Il m'a semblé que c'était par un abus de langage que l'on classait parmi les phlegmons périnéphrétiques un certain nombre de collections suppurées de la région lombaire, consécutives à des pleurésies purulentes, à des cholécystites, à des ulcères de l'estomac ou du duodénum, à des pancréatites, à des appendicites, à des abcès ossifluents. Le terme plus général d'abcès rétropéritonéal conviendrait mieux pour les désigner lorsqu'on n'a pu réussir à déterminer leur origine. Il ne préjuge pas de leur étiologie. Le terme de périnéphrite suppurée devrait être réservé aux collections qui se développent d'emblée dans la loge rénale.

J'ai étudié l'étiologie et la pathogénie du phlegmon périnéphrétique dit primitif. Il m'a semblé que dans la très grande majorité des cas, l'on pouvait, dans les antécédents des malades qui en étaient atteints, retrouver un foyer infectieux primitif. La périnéphrite suppurée n'est ainsi qu'une localisation secondaire. Ce qui cadre beaucoup mieux avec notre conception de l'infection. Il était en effet difficile d'admettre la génération spontanée d'une infection dans la loge adipeuse périrénale. Le foyer primitif est souvent difficile à retrouver. Il s'agit souvent d'une infection locale minime siégeant à distance : furoncles, anthrax, panaris, amygdalites, abcès locaux, plaies infectées de n'importe quelle partie du corps, etc. ; dans d'autres cas, ce sont des infections broncho-pulmonaires, des gastro-entérites que l'on doit incriminer.

D'autre part, le diagnostic de périnéphrite suppurée n'est souvent porté qu'au décours ou même après la guérison de l'infection primitive, soit que le diagnostic de cet abcès profond ne soit porté que tardivement,

soit que le retard d'apparition tienne à l'existence d'une localisation intermédiaire d'un relai sur lequel nous nous expliquerons tout à l'heure.

Ces deux raisons (foyer primitif minime siégeant à distance, apparition après l'extinction du foyer primitif) nous expliquent pourquoi l'étiologie véritable du phlegmon périnéphrétique a longtemps échappé aux recherches. Elle ne s'explique clairement d'ailleurs que par la notion pathogénique que j'exposerai dans un instant.

J'ai apporté dans le premier mémoire toute une série d'observations, personnelles, dues à l'obligeance de mes maîtres, les professeurs Hartmann et Michel, ou recueillies dans la littérature, à l'appui de cette conception.

Au point de vue pathogénique, il nous a semblé que la localisation secondaire dans la loge graisseuse périrénale se faisait par métastase. Les bactériémies sont, dans les infections locales, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense d'ordinaire. Ces bactériémies ne se traduisent en effet cliniquement que par un peu de fièvre, de l'insomnie, une légère agitation, de la céphalée un état saburral des voies digestives. Ces bactériémies atténuées passent inaperçues pour ceux qui ne les recherchent pas par atmosphère, comme l'ont fait un certain nombre d'auteurs.

Les microbes qui passent ainsi dans la circulation sanguine peuvent gagner directement la graisse périrénale par embolie de l'un de ses petits vaisseaux. Le plus souvent, ils s'accumulent dans la zone corticale du rein, y déterminent des lésions plus ou moins marquées et de là gagnent par voie lymphatique, sanguine, surtout par envahissement de proche en proche, l'atmosphère périrénale.

La stase microbienne rénale ne saurait nous surprendre, la quantité de sang qui traverse le rein est considérable, ses artères sont terminales, le filtre rénal oppose une barrière à la circulation des microbes qui s'accumulent à son niveau. Les lésions que le staphylocoque, agent habituel, déterminent, sont le plus souvent des petits abcès corticaux sous-capsulaires qui s'évacuent en crevant la capsule et ensemençant le tissu celluloadipeux.

Je me suis efforcé dans les articles cités d'apporter une série de preuves expérimentales, cliniques, opératoires et nécropsiques de cette manière de voir.

En somme, le phlegmon périnéphrétique dit primitif nous paraît dû à la métastase par bactériémies (cliniquement atténuées), d'un foyer infectieux primitif tel que angines, infections broncho-pulmonaires, gastro-entérites, furoncles, anthrax, panaris, etc.

La périnéphrite suppurée dite primitive est donc en réalité secondaire. La métastase se fait soit directement par embolie septique dans la graisse périrénale, soit et beaucoup plus souvent avec une étape rénale intermédiaire.

Ceci nous amène à penser que l'on peut proposer deux classifications des périnéphrites suppurées, l'une pathogénique, l'autre étiologique.

La classification pathogénique doit reconnaître :

1° Une variété rare de phlegmon périnéphrétique due à une localisation directe des bactériémies;

2° Une variété beaucoup plus fréquente qui renferme la grande majorité des pheigmons périnéphrétiques. Elle relève toujours d'une lésion rénale préexistante. Cette lésion peut être une lésion chronique; elle peut être une lésion récente aiguë ou torpide et due à une bactériemie grave ou à une bactériemie atténuée.

La classification étiologique distinguera :

1° Des phlegmons périnéphrétiques survenant au cours d'affections chroniques du rein.

2° Des phlegmons périnéphrétiques survenant au cours des maladies infectieuses à allure septicémique.

3° Des phlegmons périnéphrétiques survenant à la suite d'infections médicales ou chirurgicales banales et légères (ancien phlegmon périnéphrétique primitif).

Cliniquement le phlegmon périnéphrétique peut avoir un début insidieux avec une symptomatologie vague et une évolution lente. Dans d'autres cas son début est marqué par des symptômes généraux graves avec une douleur lombaire prédominante.

Dans tous les cas un certain nombre de symptômes sur lesquels j'ai insisté devront être recherchés, ils entraîneront le diagnostic.

En premier lieu la contracture des muscles de la paroi dans l'angle costo-vertébral est toujours très marquée au début. On la recherchera — par comparaison avec le côté sain — en dehors de la masse sacro-lombaire là ou la paroi d'ordinaire souple se laisse déprimer quand on palpe le rein.

En second lieu on constatera une douleur exquise provoquée par la pression profonde au sommet de l'angle qui fait la douzième côte avec la masse sacro-lombaire.

En troisième lieu il faudra toujours pratiquer l'examen des urines. La bactériurie dans les urines globales est déjà une précieuse indication.

En recueillant séparément les urines et en constatant un déficit rénal unilatéral avec une bactériurie unilatérale on saura qu'un rein est infecté; il restera à reconnaître l'infection rénale simple (qui peut guérir spontanément ou donner un abcès du rein) de l'infection péri-rénale surajoutée.

Enfin la notion d'un accident infectieux primitif ne devra jamais être négligée.

CONTUSION, PUIS SUPPURATION DU REIN DROIT

(N° 5)

J'ai présenté cette observation à la Société de Chirurgie où elle a été l'objet d'un rapport du professeur Hartmann.

A la suite d'une plaie de la région lombaire par éclats de bombe, une malade avait présenté une contusion du rein avec hématurie. Au cours de l'intervention faite une heure quinze après la blessure on avait pu vérifier qu'il n'existait pas de plaie ni de rupture importantes de l'organe dont la capsule était intacte. L'hématurie persista trente-six heures. La pyurie apparut au dixième jour abondante, venant du rein traumatisé comme le montra le cathétérisme urétéral. Elle dura une vingtaine de jours. Un mois après la cessation de la pyurie un cathétérisme bilatéral montra que les deux reins fonctionnaient de façon presque identique.

AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

CANCER MÉTASTATIQUE DES CORPS CAVERNEUX

(N° 2)

Dans ce travail entrepris à propos d'un cas que nous avions observé dans le service de notre maître le professeur Lequeu, nous avons étudié un mode d'envahissement des corps caverneux par le cancer tout à fait exceptionnel.

Les corps caverneux peuvent être le siège de tumeurs malignes primitives, en particulier de sarcomes qui sont exceptionnels. Les cancers que l'on y observe sont en général des cancers secondaires à des tumeurs épithéliales de la verge qui les envahissent par propagation de proche en proche. L'envahissement par métastase est beaucoup plus rare.

Dans le cas particulier il s'agissait d'une séminome du testicule qui avait produit des métastases dans les poumons, dans le myocarde, dans les méninges rachidiennes au niveau de la partie inférieure de la cinquième lombaire déterminant un syndrome de la queue de cheval, enfin une métastase dans les corps caverneux. Il en était résulté une infiltration des corps caverneux par l'épithélioma secondaire qui était resté cantonné à l'intérieur de l'albuginée. Cette infiltration avait déterminé un état de priapisme qui persista pendant six mois jusqu'à la mort du malade.

SÉMINOME DU TESTICULE

(N° 9)

J'ai présentè à la Société anatomique, en collaboration avec le professeur Peyron, une piéce de séminome du testicule.

A l'examen macroscopique, la tumeur était formée par un tissu gris rosé avec des noyaux plus mous, jaunâtres, et bande de tissu plus compact.

A l'examen histologique, il s'agissait d'un séminome du testicule, avec nombreuses mitoses et zones de nécrose dégénérative très fréquentes.

TUBE DIGESTIF

CORPS ÉTRANGERS DU DUODÉNUM

(N° 41)

J'ai déposé cette observation à la Société de Chirurgie où elle a été objet d'un rapport du professeur Hartmann.

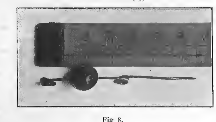


Fig 8.

Il s'agissait d'un enfant de huit mois qui avait avalé la broche de son bavoir. Intervenant cinq heures après l'accident, aussitôt la radioscopie pratiquée je trouve la broche dans la deuxième portion du duodénum. Sa pointe a perforé la paroi antérieure de cet intestin au niveau de l'angle intermédiaire à la 1re et à la 2e portion. J'extrai le corps étranger par incision de la paroi intestinale que je suture ensuite. Suites immédiates et éloignées parfaites.

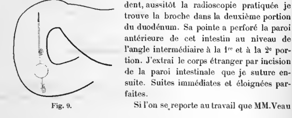


Fig. 9.

Si l'on se reporte au travail que MM. Veau

et Doubrère viennent de consacrer à cette question on voit qu'un certain nombre de corps étrangers ainsi avalés passent tout seuls et finissent par sortir par l'anus. D'autres au contraire perforent comme dans le cas particulier. Les difficultés de cheminement qui ont amené la perforation ont tenu sans doute à la longueur de la broche qui était ouverte et butait sur l'angle entre la 2e et la 3e portion. Elle était,au moment où j'en ai pratiqué l'extraction, dans l'attitude que montre le schéma ci-joint fig. 9. La fig. 8 est une photographie de cette broche.

LES PERFORATIONS DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

(N° 37)

J'ai présenté en collaboration avec Mlle Pommay trois observations de perforation d'ulcères gastro-duodénaux. Ces observations ont été l'objet d'un rapport du Professeur Hartmann.

Ces trois malades ont été opérés 18 heures, 16 et 6 heures après le début des accidents. La perforation siégeait deux fois dans la région pylorique, une fois sur la petite courbure au voisinage du pylore. Ces trois malades ont été traités par suture et enfouissement de la perforation, puis gastro-entérostomie postérieure trans- et susmésocolique. Ils ont guéri tous les trois. Ils ont pu être examinés radioscopiquement deux, seize et dix-huit mois après l'intervention. Dans un cas la presque totalité, dans deux cas la totalité du repas baryté passe par la gastro-entérostomie.Dans deux cas rien ne passe par le pylore, dans un cas il s'injecte d'un mince filet opaque.

Ceci montre l'utilité des gastro-entérostomies pratiquées parce qu'on avait la sensation d'avoir, au cours de la suture puis de l'enfouissement de la perforation, rétréci considérablement le canal pylorique. Ces trois malades ont d'ailleurs,soit du fait de cette simple gastro entérostomie,soit du fait de l'exclusion réalisée,soit du fait d'une cicatrisation favorisée par les sutures qui ont porté sur la région ulcérée, présenté une amélioration considérable sinon une guérison complète de leur état gastrique. L'un a engraissé de 20 kilogs et se trouve dans un état de santé qu'il n'a jamais connu depuis vingt ans,il a bon appétit, ne suit aucun régime, digère bien alors qu'auparavant il avait des crises douloureuses extrêmement fréquentes. Un autre a aussi beaucoup engraissé, il ne suit aucun régime, il a assez fréquemment de la diarrhée et quelquefois de légères douleurs. Enfin le troisième a été tout à fait amélioré et ne souffre plus.

ULCÈRE SIMPLE DE LA PORTION JÉJUNO-ILÉALE DE L'INTESTIN GRÊLE

(N° 32)

Le Basser a publié dans sa thèse l'observation d'un malade que j'avais opéré (l'un des 25 qu'il ait réunis). Il s'agissait d'un cas de perforation d'ulcère simple de l'intestin grêle. Il s'était, heureusement pour le malade, produit une oblitération de la perforation par accolement d'une anse voisine, ce qui avait entraîné secondairement un volvulus selon l'axe des vaisseaux. Le volvulus réduit, les deux anses libérées, la perforation suturée et enfouie, le malade avait parfaitement guéri.

L'ulcère simple du jujuno-iléon est très rare. Ses caractères anatomiques se rapprochent en tous points de l'ulcère récent de l'estomac. Il reste le plus souvent cliniquement inaperçu jusqu'à ce qu'il traduise sa présence par une perforation.

MÉSOSIGMOIDITE RÉTRACTILE. VOLVULUS

(N° 34)

J'ai présenté à la Société Anatomique, en collaboration avec le Professeur Hartmann et le Dr Renaud, les pièces, enlevées chirurgicalement, d'un volvulus du côlon pelvien. Cet exérèse avait été pratiquée par le Professeur Hartmann en 2 temps. En un premier temps la simple détorsion de l'anse volvulée avait seule été faite. L'anse avait été laissée en place. Douze jours plus tard l'anse fut réséquée et la continuité intestinale rétablie par une anastomose latérale.

L'anse longue de 46 centimètres (mesuration le long de son bord libre) était très dilatée (fig. 10). La circonférence dans sa partie moyenne est de 25 centimètres. Elle était plus considérable au moment de la colectomie. La dilatation s'arrêtait exactement au niveau du pédicule en haut et le côlon iliaque était de dimensions normales. En bas la dilatation se continuait sur le rectum où elle diminuait progressivement. Le méso est atteint de méso-sigmoïdite rétractile. Il est au niveau de son attache pelvienne réduit à presque rien. La rétraction ne l'a pas atteint d'une façon aussi marquée dans toute son étendue. Dans sa partie moyenne il présente encore une hauteur de 6 cent. 5. Si bien que si les deux

extrémités de l'anse sont accolées, les deux branches se séparent l'une de l'autre dans la partie moyenne et l'ensemble de l'anse a tout à fait la forme d'un oméga. Les deux faces du méso sont parcourues par des tractus blanc grisâtre, d'aspect cicatriciel et convergent vers le pied de l'anse. Ces tractus étalés, larges de quelques millimètres à un centimètre, sont particulièrement épais au niveau de l'attache du méso et



Fig. 10. — Dilatation de l'anse sigmoïde et mésosigmoïdite rétractile (volvulus).

surtout sur la face droite où ils forment une lame continue. En palpant le méso on éprouve une sensation d'épaississement résistant.

C'est seulement au niveau de la surface que le tissu devient plus dense, et que des lamelles conjonctives s'y constituent par tassement de cellules allongées et plates, séparées par des fibrilles de collagène. Cette prolifération conjonctive sous-endothéliale forme une sorte de nappe d'épaisseur irrégulière. Elle est manifestement de nature inflammatoire et représente un processus de péritonite superficielle de type subaigu, sinon chronique.

S'il paraît impossible de préciser sa nature et les conditions de son apparition, il est légitime de la considérer comme l'élément essentiel de la mésosigmoïdite qui fut la cause primordiale de la malformation de l'anse et de son volvulus.

L'examen microscopique du méso, pratiqué sur des coupes intéressant

toute son épaisseur, montre qu'il est évidemment atteint de lésions inflammatoires, mais que celles-ci sont assez discrètes, et localisées aux lames péritonéales (fig. 11). A peine trouve-t-on çà et là dans l'axe conjonctif qui

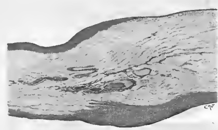


Fig. 11. — Méso-sigmoïdite rétractile. Épaississement inflammatoire des lames péritonéales.

constitue le méso lui-même quelques traînées de cellules rondes et de légers épaississements de la paroi des vaisseaux. Les fibres élastiques n'y sont pas particulièrement nombreuses.

DIVERTICULE DE L'INTESTIN

(N° 35)

L'étude de deux diverticules de l'intestin que j'ai présentée à la Société Anatomique avec le Dr Renaud nous a permis de mettre en parallèle ces deux diverticules, l'un congénital (diverticule de Meckel) réséqué chez un sujet atteint d'occlusion intestinale, l'autre acquis, réséqué au cours d'une intervention pour ulcère duodénal.

Le diverticule de Meckel se présente avec toutes les apparences d'un segment de l'intestin normal. Régulier et cylindrique, sa lumière communiquait largement avec celle de l'anse intestinale. Histologiquement, sa structure était identique à celle de l'anse.

Le diverticule acquis venait de la première anse jéjunale, qui présentait une série de diverticules le long du bord mésentérique. Le plus gros (noix) implanté par un court pédicule fut réséqué. Il contenait un calcul brunâtre, formé de filaments végétaux avec sable abondant au centre.

Histologiquement la paroi tout entière était constituée par la muqueuse

intestinale, seule, en contact par sa face externe avec une mince couche de tissu cellulaire et péritonéal.

Ce diverticule était donc formé par une hernie de la muqueuse sous l'influence de lésions inflammatoires diffuses, se rapprochant ainsi des diverticules de l'œsophage.

SUR UN CAS D'ABSENCE DE L'ANUS ET D'UNE PARTIE DU RECTUM CHEZ UN NOUVEAU-NÉ

(N° 40)

J'ai présenté avec Risacher les pièces provenant d'un nouveau-né mort de stercorémie par absence d'abouchement terminal de l'intestin.

Sur la pièce disséquée, on voit que l'intestin vient se terminer en cul-de-sac au-dessus de la prostate, s'engageant entre cet organe et le bas-fond vésical, comme s'il voulait s'aboucher dans la vessie.

L'adhérence avec le bas-fond vésical et la base de la prostate se fait par une large surface. Des fibres musculaires longitudinales du rectum et des faisceaux conjonctifs paraissent se continuer dans le bas-fond vésical, unissant solidement les deux organes. En ouvrant ce cul-de-sac intestinal par sa face postérieure, après l'avoir débarrassé du méconium qu'il contient, on constate qu'il se termine,en se rétrécissant progressivement, en un cul-de-sac complétement fermé, et ne communique avec aucun organe voisin.

En ouvrant la vessie par sa face antérieure, on voit que son bas-fond est tout à fait normal et présente un orifice uréthral et deux orifices uretéraux qui ont leur aspect habituel. Il n'existe aucun autre orifice, a vessie ne contenait que de l'urine et aucune trace de méconium.

La prostate est un peu plus volumineuse que ne l'est d'ordinaire la prostate d'un enfant nouveau-né.

En ouvrant l'uréthre par sa face antérieure, on constate qu'il n'existe aucun abouchement anormal sur sa face postérieure. Pas d'altérations du bassin : le sacrum et le coccyx sont normalement développés. Nous n'avons pas trouvé trace de sphincter. Le péritoine enveloppe les faces antérieure et latérale du cul-de-sac intestinal terminal jusqu'à son adhérence au bas-fond vésical. Nous avons trouvé une autre anomalie, c'est une dilatation considérable des deux uretères, surtout de l'uretère gauche, dont le calibre normal, sur une longueur de 2 centimètres environ à partir de la vessie, se dilate considérablement de ce point jusqu'au bassinet.

Du côté droit, la dilatation uretérale commence plus tôt, à 1 centimètre

environ de la vessie, mais elle est moins considérable et ne se prolonge pas jusqu'au bassinet, si bien que dans l'ensemble cet uretère a un aspect fusiforme.

POLYPE DE L'INTESTIN GRÊLE A STRUCTURE DE MYXO-SARCOME

(N° 7)

J'ai présenté à la *Société anatomique*, en collaboration avec Peyron, l'observation d'une malade qui fut opérée par le professeur Hartmann, à la suite d'une série de crises d'obstruction intestinale.

A 50 cm. du cæcum, sur l'iléon, existait une invagination qu'il était impossible de réduire. L'incision de l'intestin permit de voir une tumeur recouverte d'exsudats sphacéliques, implantée sur la paroi intestinale par un large pédicule. Ablation de la tumeur par section de son pédicule. Après suture de l'intestin, l'invagination se réduit aisément.

Le polype ainsi enlevé a la taille et la forme d'une petite poire. Sa forme est régulière. Sa surface est recouverte par une muqueuse intestinale d'aspect normal et saine, sauf au niveau du pôle libre : elle est altérée, est en voie de sphacèle. Sa consistance est ferme, sans être dure. A la coupe, la surface de section est d'un blanc jaunâtre remarquablement homogène. Pas de cavités dégénératives. Capsule fibreuse assez épaisse. A la périphérie de la pièce, zone un peu plus vascularisée et rose.

L'examen microscopique révèle un tissu d'aspect homogène dans lequel les cavités vasculaires assez nombreuses, généralement allongées, délimitent de sortes de champs plus ou moins irréguliers. Les cloisons conjonctivo-vasculaires ne sont du reste jamais complètes. Dans leur intervalle, le tissu néoplastique d'aspect dense offre la structure d'un myxofibrome. Il n'existe pas de zone sarcomateuse pure. Il s'agit d'une néoplasie à édification très lente.

RÉTRACTION DU MÉSENTÈRE AYANT DÉTERMINÉ UNE COUDURE DE L'INTESTIN GRÊLE

(N° 33)

J'ai présenté à la *Société anatomique*, en collaboration avec Moutier, une pièce recueillie à l'amphithéâtre des hôpitaux.

A mi-distance de l'angle duodéno-jéjunal et de l'abouchement iléo-

cæcal, le grêle se trouvait coudé par une rétraction du mésentère due à un épaississement fibreux cicatriciel formant une bride qui soulevait la face droite du méso. Cette bride haute de 15 mm. environ était assez étroite. Elle englobait deux ganglions crétacés. L'existence d'une caverne dans le poumon gauche de ganglions crétacés lambo-aortiques et trachéo-bronchiques est en faveur d'une infection de même nature de ces ganglions mésentériques.

ILÉUS BILIAIRE

(N° 30)

J'ai présenté à la *Société anatomique*, en collaboration avec Guillaume et Thouvenin, l'observation d'une femme morte d'iléus biliaire au 17e jour des accidents d'occlusion.

Le calcul siégeait à 1 m. 50 du cæcum, dans une anse tombée dans le Douglas. Une large communication entre la vésicule biliaire et le duodénum livrait passage à un autre calcul.

CALCUL BILIAIRE ENKYSTÉ SOUS LA PAROI ABDOMINALE POINT DE DÉPART D'UNE FISTULE PARIÉTALE

J'ai publié avec Soupault à la *Société anatomique* l'observation d'une femme qui présentait une fistule pariétale siégeant un peu au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Je l'opérai en circonscrivant le trajet fistuleux. Ayant pénétré dans la cavité abdominale, je constatai l'existence d'une masse fibreuse rétropariétale grosse comme un œuf qui se continuait en haut avec la vésicule biliaire. J'enlevai la vésicule biliaire avec la masse. Elle ne contenait plus de calcul. Le fond se terminait du côté de la masse fibreuse en infundibulum fermé. La masse fibreuse contenait un calcul enkysté dans une poche dont les sécrétions alimentaient la fistule.

CANCER DE L'INTESTIN GRÊLE

(N° 44)

J'ai présenté avec Bénard à la *Société anatomique* l'observation d'une femme qui était morte d'un cancer de l'intestin grêle. Il s'agissait d'une forme à noyaux multiples développés de loin en loin au niveau du bord mésentérique du grêle. Chaque noyau se développait en soulevant la muqueuse du bord mésentérique et en se prolongeant plus ou moins sur les faces de l'intestin. Il en résultait une série de rétrécissements séparés par des dilatations. L'un de ces noyaux qui présentait une fissure en son centre nous a paru être le noyau primitif. Nous n'avons en effet trouvé nulle part ailleurs de point de départ d'une métastase cancéreuse. Histologiquement il s'agissait d'un épithélioma cylindrique typique dans la plupart de ces points ; atypique en certains centres et en état de dégénérescence colloïde.

L'épithélioma primitif de l'intestin grêle constitue une rareté. M. Lecène en 1904 en rapportait 10 observations. Dans leur mémoire de 1915, Venot et Parcelier ont pu réunir 50 cas. Trois nouvelles observations seulement ont été publiées depuis dans le *Journal de Chirurgie* de 1914 à 1919.

La forme à noyaux multiples, à laquelle se rattache notre observation, représente elle-même la variété la plus rare de l'épithélioma primitif de l'intestin grêle. Nous n'en avons trouvé en effet que huit exemples.

La plupart des auteurs admettent avec Letulle que dans ces cancers primitifs à noyaux multiples, une seule des tumeurs constitue le foyer d'origine, les autres n'étant que des métastases secondaires intestino-intestinales. Le mécanisme qui préside à cette dissémination du cancer reste discuté. Il ne semble pas qu'il faille s'attacher beaucoup à l'hypothèse d'une greffe à distance par voie muqueuse. Dans notre observation, le foyer présumé primitif était en effet l'un des plus bas situés et d'autre part les petits noyaux secondaires avaient un siège franchement sous-muqueux. Peut-être la dissémination des tumeurs se fait-elle par voie péritonéale suivant un mécanisme soutenu par Menetrier à propos des cancers secondaires de l'intestin. Le noyau primitif ensemencerait la cavité péritonéale, et les cellules néoplasiques brassées par les mouvements de l'intestin s'implantent à distance à la surface puis dans les profondeurs des tuniques intestinales pour y former des noyaux secondaires. Enfin, une troisième hypothèse invoque une propagation par

les lymphatiques des parois intestinales ou les collecteurs mésentériques.

Letulle n'admet pas l'extension par voie sous-séreuse n'ayant jamais rencontré de lymphangite cancéreuse entre les noyaux intestinaux.

La propagation par les collecteurs lymphatiques suivant un processus de thrombose rétrograde paraît au contraire assez plausible; elle explique bien la localisation des tumeurs secondaires sur le bord mésentérique de l'intestin.

Quant à la dissémination par voie sanguine elle appartient beaucoup plus à l'histoire des cancers conjonctifs qu'à celle des épithéliomas.

CHIRURGIE DES MEMBRES

Fractures vertico-transversales des condyles fémoraux

(N°s 3 et 23)

Dans notre thèse et dans un article de la *Revue de Chirurgie*, nous avons attiré l'attention sur cette variété de fracture qui est très rare.

Elle est caractérisée par un trait de fracture qui détache la partie postérieure du condyle en arrière du plan, que forme le fond de l'échancrure intercondylienne.

Le plan de disjonction est est à la fois transversal et à peu près exactement vertical, légèrement oblique en bas et en avant.

Cette fracture est très rare; ni Malgaigne, ni Trélat, ni Hamilton n'en parlent. Rehn et Braun sont les premiers à l'avoir signalée.

Elle nécessite un traumatisme très violent

Les recherches anatomiques que nous avons faites nous ont montré que la partie antérieure des condyles présentait une grande résistance aux pressions transversales grâce à un système de travées bien étudié par M. Chevrier. Au contraire la partie postérieure n'est plus soutenue transversalement que par un système de demi-arceau tout à fait insuffisant; et dans les pressions transversales cette partie postérieure en arrière du plan de l'échancrure inter condylienne se trouve en porte à faux et cède. C'est ce que nous avons réalisé dans une série d'expériences sur le cadavre.

Contrairement à l'opinion de Rehn et de Braun qui font de ces fractures des fractures par arrachement ligamenteux, nous pensons qu'elles résultent toujours de traumatismes directs. C'est par traumatismes

directs que nous les avons reproduites. Le traumatisme nécessaire est considérable. Nos tentatives pour les reproduire par arrachement ligamenteux sont restées infructueuses.

Au point de vue anatomique la surface de disjonction du tissu réticulaire est située dans un plan transversal très légèrement incliné sur la verticale et oblique en bas et en avant; il répond, dans la grande majorité des cas, au plan du fond de l'échancrure. Le trait qui divise la coque d'enveloppement du condyle est beaucoup plus complexe. Sur la face axiale il est presque toujours vertical; à la partie inférieure il répond à l'angle d'union de la face axiale avec le fond de l'échancrure; plus haut il continue son trajet vertical. Au niveau de la face supérieure, le trait passe transversalement à quelques millimètres en avant de la limite d'encroûtement cartilagineux. Au niveau de la face inférieure, le cartilage d'encroûtement est divisé par un trait transversal qui part du fond de l'échancrure; souvent dans sa partie tout externe le trait s'incline un peu en arrière.

Le trait qui divise la face cutanée est beaucoup plus compliqué. Il est concave en avant, circonscrit le tubercule latéral et même dans certains cas, pour le condyle externe, la surface d'insertion du muscle poplité. Sa concavité est régulière ou interrompue par des dentelures; la plus constante se trouve située au dessus de l'implantation du muscle poplité.

Le muscle jumeau, le ligament croisé, la coque condylienne correspondante, le muscle poplité dans certains cas restent attachés au fragment et en rendent l'extraction difficile. Parfois le fragment est divisé en deux; il s'agit le plus souvent d'un petit fragment de la coque condylienne qui se détache du fragment principal dans sa partie inférieure.

A côté de cette fracture on peut en observer une autre dont le trait, plus antérieur, passe en avant du tubercule de la face cutanée et détache une arête assez longue sur le bord correspondant du fémur. Nous n'avons pas pu la reproduire sur le cadavre. Elle doit constituer une variété beaucoup plus rare.

Au point de vue clinique cette fracture est tout d'abord caractérisée par une hémarthrose avec impotence fonctionnelle et douleur. C'est une fracture articulaire. Si elle n'est pas réduite elle a tendance à se consolider en position vicieuse avec ascension du fragment. Il en résulte un trouble de la fonction du genou. C'est ce qui s'était produit chez le malade dont le Professeur Michel nous avait si aimablement donné l'observation et qui a été le point de départ de notre thèse. L'extension complète du genou était impossible et le mouvement se trouvait bloqué à cent vingt degrés. La constitution d'un corps étranger par le fragment paraît peu probable en raison de son volume, de la large surface fracturée et du peu de mobilité

dont il est susceptible. Cette éventualité n'a pas été signalée. Le diagnostic est extrêmement difficile. La radiographie de profil dont nous reproduisons un schéma (fig. 12) à titre de spécimen fournira des renseignements précieux.

Le pronostic est sérieux en raison de la difficulté de réduction, et de



Fig. 12.

contention que l'on n'obtient pas, même par traction du membre dans l'hyperextension.

Si l'on n'intervient pas d'emblée, c'est l'attitude d'immobilisation qu'il faut adopter après évacuation de l'hémarthrose.

Mais bien souvent l'on sera amené à opérer ces malades soit pour enlever le fragment, soit pour le fixer en bonne attitude par massage, par exemple.

On interviendra soit par une large arthrotomie du genou, soit par une simple incision verticale latérale comme l'a fait M. Michel pour enlever le fragment chez son malade, ce qui a donné un excellent résultat.

CUBITUS VARUS

(Nos 4 et 43)

J'ai publié, à la Société de Chirurgie, où il a été l'objet d'un rapport de M. Kirmisson, un cas de cubitus varus traumatique.

Il s'était constitué à la suite d'une fracture de l'extrémité inférieure de



Fig. 13.

l'humérus et s'était manifesté dès l'ablation de l'appareil plâtré. Il s'agissait donc d'un cubitus varus primitif. Le blessé affirmait que la fracture causale était une fracture du condyle. Une radiographie avait été pratiquée au moment de l'accident et avait permis de reconnaître ce type de fracture. Pourtant, la radiographie actuelle (fig. 13) permet de penser qu'il s'est agi d'une fracture supra-condylienne. L'architecture du condyle et de toute l'extrémité inférieure de l'humérus n'est pas modifiée, l'épi-

trochlée, la trochlée et le condyle sont dans leurs rapports naturels. Il existe, en plus, une encoche nette au-dessus de l'épitrochlée; enfin, la déformation en varus est excep-



Fig. 14.



Fig. 15.

tionnelle à la suite des fractures du condyle externe. Tout porte donc à croire qu'il s'est agi d'une fracture supra-condylienne.

Les photographies ci-jointes constituent une image typique de la déformation (fig. 14 et 15).

LE TRAITEMENT DES ARTHRITES BLENNORRAGIQUES DU GENOU

A propos de deux cas d'arthrite blennorragique du genou, que j'avais opérés et dont je lui avais confié l'observation, Horion, dans sa thèse, a étudié le traitement opératoire de cette affection.

Il nous a semblé que, dans les cas d'arthrites avec épanchement séreux ou séro-purulent, lorsque les lésions étaient purement intra-synoviales, sans réactions marquées du tissu sous-synovial et sans infiltrations im-

portantes de la capsule et du tissu péri-articulaire, l'évacuation du liquide intra-articulaire, suivie d'une mobilisation immédiate, devrait donner de bons résultats.

La réaction du tissu cellulaire sous-synovial et l'infiltration des tissus péri-articulaires aboutissent souvent aux limitations secondaires des mouvements, et, lorsqu'elles existent, l'évacuation du liquide intra-synovial hâte la guérison, mais l'on ne peut, en général, par la mobilisation immédiate, prévenir les raideurs articulaires. La mobilisation peut même souvent présenter des inconvénients.

Le traitement opératoire par évacuation avec mobilisation active et passive immédiate nous a donc paru limité à des cas bien précis : ceux où les lésions sont constituées par une exsudation intra-articulaire avec réaction périarticulaire minime. Dans ces cas, l'incision du cul-de-sac sous-quadricipital, l'évacuation du contenu de l'article, le lavage de cette articulation au sérum et à l'éther, la mobilisation passive et active immédiate nous a paru donner de bons résultats. Un tel traitement n'exclut d'ailleurs pas le traitement par le sérum et le vaccin.

LUXATION MÉTACARPOPHALANGIENNE DORSALE INTERNE COMPLEXE DE L'AURICULAIRE GAUCHE RÉDUCTION SANGLANTE PAR SECTION DE LA SANGLE SÉSAMOIDIENNE

(N° 39)

En collaboration avec M. Bonnet, j'ai présenté à la *Société anatomique* l'observation d'un malade que j'avais opéré de cette lésion tout à fait rare puisque Polaillon pour 84 luxations du pouce réunit 27 luxations métacarpophalangiennes des autres doigts dont trois de l'auriculaire (2 en arrière, 1 en avant).

L'irréductibilité qui nous a décidé à intervenir est rare. Elle tient à la présence d'un os sésamoïde qu'on rencontre, d'après Phitzner, dans 76,5 p. 100 pour le sésamoïde interne et dans 5,1 p. 100 pour le sésamoïde externe au niveau de l'auriculaire.

C'est le sésamoïde externe qui bloquait la luxation dans notre cas.

Par une incision dorsale qui m'a paru préférable à toutes celles qui avaient été préconisées, j'ai pu sectionner la sangle sésamoïdienne, refouler le sésamoïde et réduire la luxation avec un excellent résultat immédiat et ultérieur.

CONSOLIDATION D'UNE FRACTURE SPONTANÉE DU FÉMUR AU NIVEAU D'UN NOYAU CANCÉREUX SECONDAIRE A UN ÉPITHÉLIOMA DU SEIN

(N° 21)

J'ai présenté à la Société anatomique l'observation d'une malade qui eut une fracture spontanée du fémur. Depuis cinq mois existait une petite tuméfaction dure et un peu douloureuse au niveau du point où se produisit la fracture. Depuis trois mois la malade avait constaté l'existence d'un noyau dur et indolore au niveau du sein droit avec adénopathie cervical. Elle portait en effet un squirrhe du sein droit avec adénopathie ascillaire et cervicale et noyau hépatique. La consolidation fut obtenue après immobilisation et extension continue. Cette consolidation était considérée par Malgaigne comme exceptionnelle. La malade mourut quatre mois plus tard de généralisation cancéreuse.

SUR DEUX CAS DE LÉSIONS TRAUMATIQUES DU POIGNET

(N° 28)

J'ai présenté avec Guillaume à la Société anatomique :

1° Les radiographies d'un malade atteint de luxation du lunaire avec lésions du scaphoïde du grand os et du pyramidal. La réduction que je pratiquai sous anesthésie générale fut assez facile;

2° La radiographie d'une fracture en T de l'extrémité inférieure du radius.

OSTÉOSARCOME DE L'HUMÉRUS

(N° 14)

J'ai présenté à la Société anatomique, en collaboration avec Peyron, les pièces et les coupes d'un ostéosarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus développé chez une jeune fille de 16 ans et qui avait été traitée par le radium. La tumeur avait la forme d'un fuseau régulier, engainant l'os. Sur la coupe pratiquée à la scie, on voyait que le canal médullaire et

le tissu compact étaient intacts. Du périoste se détachaient une série de spicules qui se perdaient insensiblement dans la tumeur en se confondant avec elle. La tumeur était particulièrement dure en son centre; elle se ramollissait à la périphérie.

Histologiquement il s'agissait d'un ostéo-chondro-sarcome d'origine périostique. Au voisinage des points d'application du radium, la structure se trouvait modifiée. On observait des aspects de nécrose caractérisés en particulier par la présence de cellules à noyaux multiples représentant les éléments néoplasiques dégénérés et par des altérations des endothéliums vasculaires.

GANGRÈNE PAR OBLITÉRATION ARTÉRIELLE

(N° 13)

J'ai présenté avec Galvez, à la Société anatomique, les coupes d'une artère iliaque externe dont l'oblitération progressive avait entraîné la gangrène du membre correspondant, puis la mort du malade.

THORAX

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DU TRAITEMENT DES CANCERS DU SEIN *

(N° 31)

Au Congrès français de chirurgie de 1921, j'ai présenté, en collaboration avec mon maître le professeur Hartmann, le résultat de recherches qui ont porté sur 331 cas de malades opérées pour cancer du sein.

80 d'entre elles n'ont pu être retrouvées.

101 ont été revues bien portantes et sans récidives.

22	après	2	ans écoulés.
28	—	3	—
15	—	4	—
9	—	5	—
3	—	6	—
8	—	7	—
9	—	8	—
2	—	9	—
4	—	10	
2	—	11	—
3	—	13	—
1	—	14	—
1	—	15	—
1	—	17	—
1	—	20	—

94 *ont présenté des récidives locales ou régionales* (région thoracique, aisselle, creux, sus-claviculaire) 24 pour 100 de ces récidives étaient exclusivement développées dans les régions ganglionnaires (axillaires ou sus-claviculaires), dans 76 pour 100 des cas il y avait des nodules dans la région thoracique.

52	fois au cours de la	1re	année.
23	—	2e	—
6	—	3e	—
7	—	4e	—
0	—	5e	—
4	—	6e	—
2	—	7e	—

La récidive de six de ces malades a été traitée avec succès (5 par l'ablation sanglante, 1 par les rayons X). 1 a succombé par des accidents d'artério-sclérose neuf ans après la première opération, 5 sont bien portantes sans récidives nouvelles, quatre ans, cinq ans, six ans et dix ans après la première opération.

Sept fois la récidive locale a envahi l'autre sein.

28 *sont mortes de métastases sans récidives locales* (intra-thoraciques 6, osseuses 5, hépatiques 5, cérébrales 2, sans localisations prédominantes 12). Une de ces malades avait été réopérée pour un noyau squirrheux sus-épitrochléen, cinquante et un mois après l'amputation du sein, et n'a présenté que plus tardivement des métastases viscérales.

9 femmes ont eu un cancer du deuxième sein, alors que du côté opéré n'existait dans la région thoracique, l'aisselle, le creux sus-claviculaire, aucune trace de récidive, et qu'elles ne présentaient pas de métastases ailleurs. Deux de ces cancers du second sein sont apparus au cours de la deuxième année. 5 au cours de la troisième année, 1 au cours de la quatrième, 1 au cours de la cinquième, 1 au cours de la septième année après l'ablation du premier sein.

Enfin, les familles de 19 *malades* nous ont répondu qu'elles étaient mortes cinq fois sans nous donner le moindre renseignement, sept fois en précisant que la mort s'était produite au cours de la première ou de la deuxième année, sans récidives locales (peut-être de métastases). Quant aux sept dernières, elles sont mortes de maladies bien déterminées, sans récidives locales ni métastases (hémorragie cérébrale, maladie de cœur ou de rein, etc.). 2 quatre ans, 1 cinq ans, 1 huit ans, 1 neuf ans, 1 dix ans, 1 quinze ans après l'ablation du rein.

En somme, sur 251 opérées, 92 ne présentaient aucune récidive trois ans et plus après l'intervention, soit 36,8 pour 100. Il est certain que quelques-uns des malades, qui n'ont que trois ans de guérison, présenteront des récidives ; par contre, parmi les 22 malades qui n'ont que deux ans de guérison, un nombre plus important franchira la troisième année, ce qui, probablement, augmentera le pourcentage des guérisons.

ÉPITHÉLIO-SARCOME DE LA GLANDE MAMMAIRE

(Nos 22 et 24)

A propos d'un cas que nous avons observé, nous avons, en collaboration avec le docteur Botelho, attiré l'attention sur l'association de lésions épithéliales et sarcomateuses dans une même tumeur du sein.

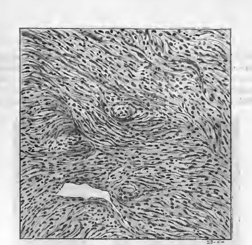


Fig. 16. — Partie sarcomateuse (faible gross. 200) Fibroblastes disposés en faisceaux parallèles et en tourbillons : vaisseau bordé de cellules tumorales.

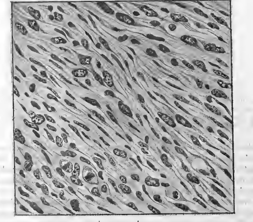


Fig. 17. — Partie sarcomateuse (forte gross. 600). Cellules fusiformes disposées en faisceaux parallèles : monstruosité nucléaire et figures de karyo-mitose.

Dans la plus grande partie de son étendue, la tumeur était formée par du sarcome fuso-cellulaire (fig. 16 et 17), constitué par des cellules fusiformes à noyaux tantôt ovoïdes, tantôt allongés en bâtonnets, à corps protoplasmiques effilés aux deux extrémités.

Cellules, fibroblastes sont disposés tantôt en faisceaux parallèles,

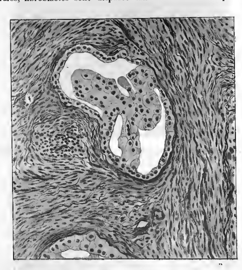


Fig. 18. — (Faible gross. 200.) Zone d'épithéhoma typique. Cavité micro-kystique revêtue d'une assise de cellules épithéliales avec prolifération épithéliale intra-kystique; stroma représenté par du tissu conjonctif du type embryonnaire. Début de l'infiltration carcinomateuse.

tantôt en tourbillons. Des capillaires néo-formés, d'aspect lacunaire, sont bordés par des cellules tumorales directement en rapport avec les éléments du sang. Il existe des formes cellulaires atypiques, des cellules à noyaux monstrueux en assez grand nombre. De nombreuses figures de karyokinèse attestent la grande malignité de la tumeur.

Dans ces mêmes coupes l'on voit, en des points qui correspondent à la partie inférieure de la tumeur, des dilatations micro-kystiques; quelques-unes, bordées dans la plus grande partie de leur étendue, par une seule

assise de cellules régulières, sont comblées par les cellules épithéliales en prolifération. Ces cellules épithéliales sont nettement localisées à l'intérieur des cavités et n'ont pas entamé la membrane basale.

On voit, sur d'autres coupes, cet épithélioma intracanaliculaire se transformer. Des amas de cellules épithéliales, disposés en travées compactes,

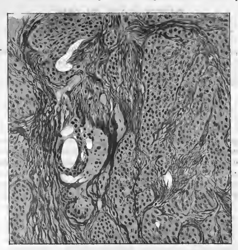


Fig. 19. — (Faible gross. 200.) Zone d'épithélioma atypique (carcinome). Travées de cellules épithéliales atypiques disposées en tubes et infiltrées dans du tissu conjonctif tassé.

apparaissent, s'infiltrant dans le tissu conjonctif voisin et prenant, dans l'ensemble, l'aspect d'un carcinome.

Les figures, ci-jointes, illustrent la description que nous venons de faire.

Ces cas d'épithélio-sarcome de la glande mammaire sont tout à fait exceptionnels. Au point de vue pathogénique, il semble qu'ils se constituent par le développement parallèle vers un type malin du tissu conjonctif et du tissu épithélial dans une inclusion embryonnaire. Il se rapproche ainsi, au point de vue de la classification, des adéno-sarcomes.

Ajoutons qu'en face de cette explication pathogénique par la théorie

disembryoplastique, assez généralement admise, les partisans de la théorie parasitaire peuvent voir, dans l'évolution maligne simultanée de deux tissus différents dans une même tumeur, un argument en faveur de leur conception.

TUBERCULOSE DU SEIN

(N° 12)

J'ai présenté, à la Société anatomique, en collaboration avec Botelho, les pièces et les coupes d'une tuberculose abcédée du sein.

THROMBOSE DU VENTRICULE DROIT

(N° 1)

J'ai présenté à la Société anatomique le cœur d'un homme atteint de séminome du testicule qui était mort d'une thrombose du ventricule droit.

Le cœur pesait 700 grammes. Il existait un noyau secondaire dans la paroi musculaire du ventricule droit, qui était rempli par un thrombus adhérent se prolongeant dans l'artère pulmonaire. Les poumons étaient farcis de noyaux secondaires.

TÊTE ET COU

FIBRO-SARCOME OSSIFIANT DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

J'ai présenté les coupes de cette tumeur à la *Société anatomique*, en collaboration avec Renaud. Il s'agissait d'une tumeur évoluant cliniquement depuis six mois, soulevant la pommette droite, faisant corps avec l'os, très dure au palper; le plancher de l'orbite était soulevé par la tumeur et il existait une exophtalmie marquée. Pas de ganglions. Aucun symptôme fonctionnel.

La tumeur est enlevée par le professeur Hartmann. Elle est nettement encapsulée, développée dans l'épaisseur du maxillaire supérieur, refoulant en dedans la paroi externe du sinus maxillaire.

De la taille d'une orange, elle est arrondie, un peu mamelonnée, mais partout bien circonscrite par une coque fibreuse. Elle a une dureté osseuse et ne peut être coupée qu'après décalcification. Elle se montre alors constituée par un noyau central, très dense, presque éburné, qui entoure une couche périphérique de 1 cm. de large, d'un tissu fibreux, blanc nacré.

L'architecture du tissu diffère dans les deux parties constituantes, périphérique et centrale. Le noyau central est extrêmement dense. Il est fait d'un tissu fibrillaire en dégénérescence hyaline. Ses vaisseaux y sont très peu nombreux et on n'y voit que de rares éléments vivants avec noyaux colorables. Le fond homogène est parcouru par des travées ossifiées, très denses et irrégulières. La partie périphérique a la structure d'un fibro-sarcome à cellules fusiformes noyées dans un tissu fibrillaire hyalin. Les vaisseaux sont bien développés et perméables, mais ne paraissent pas diriger l'architectonie de la tumeur.

De place en place se voient des travées ossifiées, assez régulièrement disposées au contact. Dans leur substance se voient des ostéoblastes, et

à leur périphérie sont nichés de nombreux myéloblastes à noyaux multiples.

Dans sa profondeur, cette couche périphérique se combine avec le noyau central au niveau d'une zone parfaitement distincte ; on voit la dégénérescence hyaline cesser brusquement. Ses contours dessinent des villosités conjonctives qui pénètrent le noyau ossifié. A la limite des deux tissus, le travail d'ossification semble plus intense, et les myéloblastes sont particulièrement nombreux.

Notons enfin que l'histologie montre la tumeur parfaitement encapsulée dans une coque conjonctive, où se dessine une sorte de plaque osseuse aplatie, peu épaisse, mais qui semble continue.

La tumeur est donc constituée dans son ensemble par une prolifération néoplasique conjonctive. A mesure qu'elle se développe à la périphérie, son centre s'imprègne de sels calcaires.

Malgré la présence de cellulaires jeunes et de myéloblastes, il y avait lieu de penser qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne.

TUMEUR MIXTE DE LA PAROTIDE

J'ai présenté avec Peyron à la *Société anatomique* les coupes d'une tumeur mixte de la parotide qui, enlevée en 1894, avait récidivé en 1908, 1914, 1916, 1917 et 1918 et avait été réopérée chaque fois. La dernière récidive était un myxome pur.

LES INFECTIONS

Note sur deux cas de microbisme latent.

J'ai présenté cette note en collaboration avec Botelho à la *Société médicale des hôpitaux*. Elle avait trait : 1° au réveil d'une infection latente dans une fracture de guerre guérie depuis deux ans ; infection due à un staphylocoque banal et à un streptocoque anaérobie ; 2° au réveil d'une infection latente dans une fracture de guerre guérie depuis 25 mois ; infection due à un staphylocoque et à un streptocoque associés, anaérobies facultatifs.

SUTURE SECONDAIRE DES POCHES ABCÉDÉES ET DES PLAIES SUPPURÉES APRÈS DÉSINFECTION PAR LE LIQUIDE DE DAKIN

Sur les conseils du professeur Hartmann, j'ai, en collaboration avec Galvez, étudié pendant une période de trois mois le traitement par ce procédé de la plus grande partie des plaies infectées et des abcès chauds qui se sont présentés à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Toutes les fois que nous l'avons pu, nous avons largement débridé les poches suppurées et nous les avons mises à plat. Dans quelques cas, nous avons dû nous contenter de faire une boutonnière à la poche abcédée, et nous en avons néanmoins obtenu la désinfection. Nous n'avons procédé ainsi que lorsqu'il nous a été impossible de faire autrement.

Nous avons pratiqué l'irrigation discontinue. Toutes les deux heures, nous faisions injecter 10 ou 20 cmc. de la solution de Dakin par des tubes perforés dont le nombre variait avec l'étendue de la plaie.

Pour faire la suture secondaire, nous nous sommes contentés de réséquer sur une largeur d'un centimètre environ le liséré qui marquait la limite de la peau et de la surface cruentée. La peau qui borde la plaie présente d'ordinaire un aspect violacé. Elle est infiltrée et recouvre un tissu cellulo-graisseux infiltré lui-même et faisant corps avec les parties périphériques de la surface granuleuse. Il en résulte que la peau est adhérente au niveau du liséré et ne saurait se mobiliser sur la plaie. Sa vitalité est diminuée. Nous avons donc réséqué ce liséré en empiétant de 1/2 cm. à 1 cm. sur la peau et de 1/2 cm. sur la plaie. Nous avons eu soin de faire une résection assez profonde pour ouvrir le tissu cellulo-graisseux sous-cutané au delà de la limite de l'infiltration. On obtient ainsi une lèvre de peau souple mobile glissant sur les parties profondes et permettant de réaliser un bon affrontement. Nous avons eu soin d'affronter très exactement les surfaces du tissu granuleux. Afin de ne pas laisser de fils perdus nous avons passé nos crins en huit de chiffre avec une anse profonde, rapprochant la surface granuleuse. Nous n'avons jamais réséqué la surface granuleuse qui tapissait nos plaies. Dans certains cas, cela ne nous eût pas été possible. Mais même, lorsque cela nous était facile, nous nous en sommes abstenu, et nous n'en avons jamais eu d'ennui. La résection du granulome inflammatoire nous a paru indiquée surtout dans les cas où la suppuration a duré très longtemps, où le tissu de granulation en cicatrisant a formé une couche épaisse de tissus lardacés qui, par sa résis-

tance, empêche le rapprochement des surfaces et risque de donner une cicatrice dure, infiltrée profondément, formant une masse cicatricielle. La désinfection telle qu'elle doit être pratiquée doit donner un résultat rapide qui ne laisse pas à une pareille infiltration le temps de se faire, et les cicatrices que nous avons obtenues ont toujours été des cicatrices souples.

Notre pratique nous a permis de conclure que l'irrigation des plaies suppurantes par le liquide de Dakin selon la technique de Carrel permet d'en obtenir une désinfection rapide et d'en faire la suture secondaire. Cette méthode peut être employée avec la même efficacité dans le traitement des divers abcès chauds et, d'une façon plus générale, de toutes les suppurations aiguës des différentes régions. Ses résultats comportent de gros avantages. Elle abrège la durée du traitement, par conséquent raccourcit le séjour du malade à l'hôpital et le rend plus rapidement à son travail. Elle évite les pansements douloureux et longtemps répétés et réduit au minimum l'atrophie musculaire, les rétractions tendineuses, les raideurs articulaires consécutives à une immobilisation prolongée. Elle évite les cicatrices épaisses douloureuses et inesthétiques. Elle met le malade à l'abri des complications générales qui peuvent survenir à la suite d'une suppuration prolongée.

Il nous a donc paru indiqué de l'utiliser d'une façon systématique. Mais il faut bien savoir qu'elle nécessite une attention minutieuse, une surveillance rigoureuse de tous les détails de son application. C'est à ce prix seulement qu'elle donne de bons résultats.

DUPLICITÉ DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE DANS SON SEGMENT CARDINAL

J'ai présenté à la Société anatomique, en collaboration avec Masmonteil, une pièce de duplicité de la veine cave inférieure. De chaque côté de la partie inférieure de l'aorte abdominale se trouvaient deux gros troncs vei-

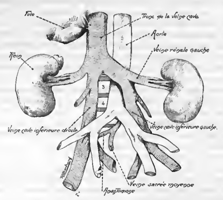


Fig. 20. — Duplicité de la veine cave inférieure dans son segment cardinal.

neux, le gauche allant se jeter dans le droit en passant devant l'aorte empruntant le trajet de la veine rénale gauche. Ces deux troncs sont formés par l'union des veines iliaques internes et externes correspondantes. Une seule anastomose les unit. Au lieu d'avoir une direction oblique en haut et à droite comme la veine iliaque primitive gauche normale cette anastomose a une direction inverse oblique en haut et à gauche. Il y a lieu de se demander si ce n'est pas là la raison de l'anomalie.

LA NATURE DES RÉFLEXES TENDINEUX DANS LEURS RAPPORTS AVEC LE TONUS MUSCULAIRE ET LE GRAND SYMPATHIQUE

En collaboration avec M. Foix, nous nous sommes proposé d'envisager :

1° Les rapports du sympathique lombo-sacré avec le tonus;

2° Les rapports des réflexes avec le tonus d'origine sympathique, s'il existe;

3° La nature réflexe ou non des phénomènes tendineux.

Dans ces derniers temps en effet un certain nombre d'auteurs ont admis : 1° que le tonus dépend du sympathique (à la suite des travaux de de Boer; 2° que le phénomène tendineux est une manifestation idiomusculaire et non réflexe; 3° qu'il dépend par conséquent du sacroplasme et du sympathique.

En outre, pour Frank de Breslau le reflexe tendineux dépendrait du parasympathique et ses voies chemineraient par les racines postérieures et non par les racines antérieures.

Nous avons, pour vérifier ces opinions, pratiqué :

1° La résection du sympathique lombro-sacré et dans 2 cas des deuxièmes dorsales;

2° La section isolée des racines antérieures.

A) *Résection unilatérale du sympathique lombro-sacré.* — Elle nous a, dans les sept opérations réussies (avec survie suffisante de l'animal), donné des résultats identiques :

1° La résection unilatérale du sympathique lombro-sacré et des ganglions inférieurs de la chaîne dorsale entraîne chez le chien, conformément aux expériences de de Boer, une hypotonie transitoire avec allongement de la patte correspondante;

2° Elle détermine, dans un certain nombre de cas, une diminution du réflexe rotulien correspondant, mais, dans la régle, dès la résection, le réflexe est conservé, bien que peut-être un peu plus lent et parfois un peu plus ample;

3° Cette diminution peut s'expliquer par l'hypotonie sans qu'il soit besoin de rattacher directement le réflexe tendineux au systéme sympathique selon la tendance actuelle d'un certain nombre d'auteurs;

4° La persistance des réflexes après la résection de ce dernier démontre au contraire qu'ils en sont, dans leur essence, indépendants (tout au moins en ce qui concerne le système sympathique proprement dit).

B) *Section isolée des racines lombaires antérieures.* — Pour ce qui est du système autonome et du parasympathique et des conceptions de Frank de Breslau, nous avons constaté dans les deux opérations avec survie :

1° Que la section *isolée des racines lombaires antérieures* entraîne non seulement la *paralysie*, mais encore une *flaccidité absolue et définitive* avec rapidement *amyotrophie*;

2° Que le réflexe tendineux correspondant est aboli de façon *immédiate, absolue, définitive*;

3° Qu'on peut donc considérer comme inexacte l'opinion de Frank de Breslau qui le fait dépendre uniquement des racines postérieures;

4° Comme la section des racines postérieures fait également, comme nous l'avons vérifié, disparaître le réflexe, il est assez vraisemblable que ce dernier, conformément à la théorie classique, *dépend de l'arc sensitivo-moteur élémentaire, et l'on peut éliminer le rôle prépondérant du sympathique* à moins qu'on ne donne au sens de système autonome une étendue considérable.

Ajoutons que pour ce qui est du tonus d'origine sympathique, l'expérience nous a montré que la résection du sympathique détermine une *hypotonie légère mais indubitable qui persiste encore après plusieurs mois.* Cette action du sympathique sur le tonus est donc importante et durable, bien que nous ayons vu qu'elle est loin d'égaler *l'importance prépondérante des racines antérieures* (partie motrice) et même des racines postérieures.

Nous avons pu voir également que *la rigidité décérébrée ne dépend pas du système nerveux sympathique.*

En effet, un animal ayant subi la résection du sympathique lombo-sacré et la section des dernières dorsales plusieurs mois auparavant, et gardant encore un certain degré d'hypotonie, *présente après la décérébration une rigidité égale du côté opéré et du côté normal* (C. f. Dusser de Barenne).

DEUX CAS DE MÉLANOMES

J'ai présenté à l'Association française pour l'étude du cancer, en collaboration avec les professeurs Hartmann et Peyron, l'étude de deux cas de mélanomes.

Les tumeurs mélaniques ont fait l'objet de nombreux travaux qui n'ont pas encore résolu les problèmes de leur origine et de leur classification.

Leurs sièges les plus fréquents chez l'homme sont la choroïde et les téguments; le type le plus usuel du mélanome est le nævus pigmenté qui

peut être le point de départ de tumeurs malignes considérées soit comme des dégénérescences sarcomateuses (Virchow), soit comme des néoplasies épithéliales (Robin), étudiées par Darier sous le nom ds nævo-carcinomes.

L'évolution maligne s'observe également au niveau du lentigo des vieillards.

En dehors de ces cas, existe-t-il d'autres tumeurs épithéliales pouvant constituer un groupe d'épithélioma mélanique? La question est délicate et nous l'avons traitée dans l'étude critique des deux cas présentés.

La première observation était celle d'une femme de 65 ans atteinte d'une tumeur mélanique du pied avec adénopathie inguinale. Une biopsie fut pratiquée puis l'ablation du paquet ganglionnaire crural en même temps qu'une désarticulation du genou. La malade continua à s'affaiblir progressivement et mourut deux mois plus tard.

L'examen histologique, la biopsie montrent une néoformation épithéliale de type baso-cellulaire, l'assise malpighienne se continuant insensiblement avec une zone épithéliale d'aspect réticulé occupant la région du derme. Il s'est constitué un réseau d'éléments étoilés néoformés, avec mitoses, et sont apparus des éléments fusiformes (évolution conjonctive) et des éléments ovoïdes à cytoplasma homogène et clair (stade prépigmentaire de l'évolution næviforme).

L'apparition d'éléments pigmentés mélaniques s'observe sous divers aspects au niveau de l'assise malpighienne, sous forme de grains pigmentaires fins dont l'élaboration a probablement débuté au niveau de l'assise épidermique, dans des cellules où l'architecture de type alvéolaire a remplacé l'architecture fibrillaire du cytoplasme.

L'étude de la pièce opératoire montre que la configuration de la néoplasie est très variable : on observe surtout une architecture alvéolaire, avec travées d'éléments ovoïdes subdivisées par un réseau conjonctif délicat. Les éléments cellulaires sont du type fusiforme, allongés surtout dans les régions riches en pigment. La disposition du pigment est des plus irrégulières, les zones mélaniques alternant avec des zones claires.

Quant aux métastases ganglionnaires, il s'agit d'un envahissement complet, avec destruction totale des éléments lymphoïdes.

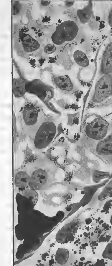
On retrouve les éléments fusiforme et globuleux des premiers stades de la néoplasie, dont l'architecture rappelle par places celle du tissu musculaire lisse. Certains éléments au fort grossissement se rapprochent beaucoup du type musculaire des léionyomes.

Au point de vue des éléments pigmentés, on observe des amas de grains mélaniques fins dans des cellules allongées, et des éléments globuleux à des stades différents d'infiltration pigmentaire, la surcharge pigmentaire

paraissant souvent en rapport avec la dégénérescence de l'élément cellulaire.

La deuxième observation était celle d'un homme atteint de mélanome du voile du palais.

A l'examen, on constatait une tache losangique d'un bleu noirâtre, occupant le palais et le voile du palais, depuis un point situé à 2 cm $^1/_2$ des incisives supérieures jusqu'à la luette qui est englobée. Sa surface, exulcérée, présente un aspect granité, dû à de petits bourgeons en saillie; ses bords forment un très léger relief. Elle n'a pas tendance à saigner. Au toucher, la surface était souple, non friable; seule la luette est comme engainée d'une membrane rigide. Ni douleur, ni saignement, ni suintement à la pression. Au delà des limites de la plaque, la muqueuse avait un aspect inflammatoire, avec une zone pigmentée le long du bord antérieur de la plaque, et quelques noyaux isolés gris ardoise. La face postérieure du voile est envahie sur la moitié de sa hauteur. Il existait un ganglion dans la région carotidienne gauche. Il n'existait aucune lésion pigmentaire de la peau. Pas de lésion choroïdienne.


Fig. 21.

L'étude histologique a porté sur une biopsie (fig. 21) et sur des ganglions prélevés opératoirement. Les fragments, prélevés par biopsie, ont été fixés respectivement dans le liquide de Bouin et dans le liquide de Flemming. L'épaisseur de la zone d'infiltration mélanique variait de 2 à 5 mm.

L'étude des coupes fut assez difficile en raison de l'extrême abondance du pigment : les granules pigmentaires appartiennent tous à la série mélanique et ne donnent pas la réaction de fer. Après imprégnation par la laque ferrique on note une série de granules jaunâtres à taille progressivement croissante, et une catégorie de fins granules homogènes à coloration sepia, plus spécialement répartis dans les éléments à topographie endothéliale ou périthéliale, et surtout dans les zones richement vascularisées où ils forment des syncitiums périvasculaires chargés de petits gra-

nnles noirs. Le pigment jaunâtre à grains irréguliers et plus rares de rencontre dans des éléments plus volumineux, globuleux ou effilés à cytoplasme clair. Les éléments néoplasiques sont groupés en cordons sinueux, ou isolés dans les nappes conjonctives. En certains points, on trouve des alvéoles réguliers identiques à ceux des nævi et nævo-carcinomes. L'examen d'un ganglion où l'infiltration mélanique est à peine marquée montre que l'envahissement débute par les sinus périphériques de la substance corticale, et progresse en suivant les canaux radiaires.

L'observation précédente emprunte son intérêt à l'extrême rareté des tumeurs mélaniques du voile (un cas de Roy rapporté par Dubreuilh).

Nous pûmes ainsi faire un parallèle entre les deux tumeurs. Elles diffèrent en ce que l'une est cutanée, l'autre est muqueuse. Mais elles présentent des caractères communs : Étiologiquement, absence de lésion congénitale, à l'inverse de ce qu'on observe dans les nævo-carcinomes. Histologiquement, nature mélanique de la pigmentation et surtout analogie des deux types d'éléments néoplasiques pigmentés : d'une part les éléments endothéliaux et périthéliaux chargés de petits granules noirs homogènes assez voisins des pigments ferrugineux bien que la réaction du fer fasse défaut, et comparables aux grains pigmentaires kupfériens; d'autre part, des corps cellulaires volumineux et clairs, næviformes, chargés de granules plus volumineux et hétérogènes, qui représentent peut-être la constitution définitive du pigment.

L'origine épithéliale, évidente pour le mélanome du pied, ne peut être affirmée pour la tumeur du voile en raison de la disparition de l'épithélium de revêtement au niveau de la biopsie.

Les problèmes de l'origine et de la classification des mélanomes sont demeurés obscurs, et en particulier la question de leur nature épithéliale ou conjonctive. La théorie de Unna fait des nævi et des nævo-carcinomes des néoplasmes épithéliaux. Ribbert, au contraire, rapporte l'histogenèse des nævi à la prolifération de chromatophores conjonctifs.

Les recherches plus récentes marquent une évolution en faveur de la théorie épithéliale : Kreibich reconnaît dans l'histogenèse des tumeurs mélaniques l'existence de mélanoblastes épithéliaux. Darier conclut nettement à l'origine épithéliale.

Mais il convient de faire remarquer que ces mélanomes d'origine épithéliale soit congénitale, soit acquise, peuvent conduire ultérieurement à des types cellulaires franchement conjonctifs, question qui rentre dans un problème complexe d'évolution cellulaire.

La notion de l'origine épithéliale des tumeurs mélaniques s'oppose à la notion habituelle d'un système pigmentaire cutané constitué par un tissu conjonctif spécialisé, et il devient nécessaire de discuter l'anatomie géné-

rale du système pigmentaire : La question de l'origine des chromatophores est en effet très controversée : Jarisch, Post, Loeb, et enfin Kreibich, ont admis leur origine épithéliale. Ehrmann et Bizzozero confirment leur origine conjonctive. Borrel, à son tour, vient de développer la conception d'Ehrmann.

Si la doctrine de l'origine épithéliale primitive des mélanoblastes devait être confirmée, l'histogenèse du mélanome s'éclaircirait de ce fait, la tumeur se rattachant à la fois au chromatophore adulte par l'évolution pigmentaire de ses éléments et aux tumeurs épithéliales par l'origine épidermique de son tissu matriciel. Mais ces considérations sont purement théoriques et la question reste des plus obscures.

LISTE DES TRAVAUX

PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE

1. **Thromboee du ventrîcnle droit.** *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique*, *Paris*, 6e série, tome XV, p. 263.

2. **Cancer métaetatique dee corpe caverneux**, *Archives urologiques de la Clinique de Necker*, tome I, f. 3.

3. **Les fracturee vertico·transvereales des condyles fémoraux**, *thèse de Nancy*, 1914-1915.

4. **Sur un cae de cubitus varue traumatique**, *B. et M. de la Societe de Chirurgie de Paris*, tome XLIV, p. 869.

5. **Contueion, puie euppuration du rein droit, guérison avec retour à la fonction normale**, *B. et M. de la Société de Chirurgie de Paris*, tome XLIV, p. 1703.

6. **Note sur deux cae de microbieme latent** (en collaboration avec Botelho), *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*, tome XLII, p. 688.

7. **Polype de l'inteetin grêle à structure de myxoearcome** (en collaboration avec Peyron), *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XVI, p. 409.

8. **Tumeur mixte de la parotide** (en collaboration avec Peyron), *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XVI, p. 410.

9. **Séminome du teeticule** (en collaboration avec Peyron), *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XVI, p. 412.

10. **Epithélioma du corps utérin simnlant un sarcorme** (en collaboration avec Peyron), *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XVI, p. 417.

11. **Tubarculose du corps ntérin** (en collaboration avec Botelho), *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XVI, p. 419.

12. **Tuberculose du ssin** (cn collaboration avec Botelho), *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XVI, p. 421.

13. **Oblitération de l'artère iliaqne sxterne** (en collaboration avec Galvez), *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XVI, p. 422.

14. **Ostéosarcorme de l'humérus** (en collaboration avec Peyron), *B. et M. de la Société anatomique*, 6e série, tome XVI, p. 425.

15. **Dsux cas de mélanomes** (en collaboration avec les professeurs Hartmann et Peyran), *B. de l'Association française pour l'étude du cancer*, oct. nov. déc. 1918, p. 645.

16. **Quelqnss remarquss à propos de 186 cas de grossesss extra-utérine** (en collaboration avec le Pr Hartmann *des Archives de Gynécologie et d'Obstétrique val.* LXXII, p. 321.

17. **Pathogénie des phlsgmons périnéphrétiques primitifs.** *Archives urologiques de la Clinique* Necker, tome II, fascicule 2.

18. **Le plegmon périnépbrétique primitif.** *Presse Médicale*, no 56, 4 oct. 1919, p. 563.

19. **La suture secondaire des poches abcédéss at das plaiss suppurées après désinfection par ls liquide de Dakin** (en collaboration avec Galvez), *Presse Médicale*, 5 nov. 1919, no 65 p. 655.

20. **Deux obssrvations d'artbrite blennorragique du gsnou dans la tbèse d'Horion**, *Paris*, 1919.

21. **Consolidation d'une fractura spontanée du fémur au niveau d'un noyau cancéreux, sscondaire à un épitbélioma du sain**, *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XVI, p. 325.

22. **Tnmeur maligne du sein** (cn collaboration avec Botelho), *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XVI, p. 354.

23. **Las fracturss vertico-transvsrsales des condyles fémoraux**, *Revue de Chirurgie*, tome LVII, p. 592.

24. **Epithéliosarcome de la glande mammairs** (en collaboration avec Botelho), *Gynécologie et Obstétrique*, tome I, p. 139.

25. **Quelqoes réflexions enr la tnbercnlose salpingo-ovarienne** à propos de 28 observations personnelles (en collaboration avec MM. Hartmann et Remilly), *Gynécologique Obstétrique*, tome II, p. 5.

26. **Adénomyome de la trompe ntérine** (une observation dans la thèse de Bontemps, Paris 1920).

27. **Duplicité de la veine cave inférienre avec son eegment cardinal** (en collaboration avec Masmonteil), *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XVII, p. 337.

28. **Snr deux cas de léeions traumatiqnes dn poignet : fissnre du radins et luxatlon dn semi-lunaire** (en collaboration avec Guillaume), *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XVII, p. 455.

29. **Fibrosarcome ossifiant du maxillaire supérieur** (en collaboration avec Renaud), *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XVII, p. 625.

30. **Sur un cas d'occlusion intsstioale par calcul biliaire** (en collaboration avec Guillaume et Thouvenin), *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XVII, p, 641.

31. **Résultats éloignée du traitement des cancers du sein** (en collaboration avec le Professeur Hartmann), *Congrès de Chirurgie*, Strasbourg 1921. Bulletins, page 579.

32. **Ulcère simple de l'inteatin grêle** (une observation dans la thèse de Le Basser, 1921).

33. **Coudure de l'intestin grêle par rétraction du mésentère** (en collaboration avec Moutier), *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XVIII, p. 24.

34. **Dilatation de l'anse sigmoïdite méeo-eigmoïdale rétractile. Volvulus** (en collaboration avec le Professeur Hartmann et le docteur Renaud), *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XVIII, p. 76.

35. **Deux diverticules de l'inteetin** (en collaboration avec Renaud), *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XVIII, p. 220.

36. **Hydrosalpynx à pédicule tordu** (en collaboration avec Mademoiselle Pommay), *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XVIII, p. 390.

37. **Trois cae de péritonite par perforation d'nlcères gaetro-duodénaux opérée st guéris** (en collaboration svec Mademoiselle Pommay), *B. et M. de la Société de Chirurgie de Paris*, tome XLVIII, p. 1260.

38. **Contribntion à l'étnde de la natnre des réflexss tendineux dane leurs rapports avec le tonus mnsculaire et le grand sympathique. Réssction nnilatérals de la chaine sympatbique. Section isolée des racines antérieuree** (en collaboration avec M. Foix), *Soc. Neurol.*, nov. 1922, p. 1589.

39. **Luxation métacarpo-pbalangienns dorsale interne de l'auriculairs** (en collaboration avec Bonnet), *Bulletin et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, 6e séric, tome XIX. p. 45.

40. **Sur un cas d'absence de l'anue et d'une partie du rectum chsz un nouvsau-né** (en collsboration avec Risacher), *B. et M. de la Société anatomique de Paris*, 6e série, tome XIX, p. 464.

41. **Corps étranger du duodénnm**, *B. et M. de la Société de Chirurgie*, tome XLIX, p. 596.

42. **Calcul biliaire enkysté sous la paroi abdominale, point de départ d'une fistule pariétals** (en collaboration avec Soupault), *Société anatomique*, séance du 14 avril 1923.

43. **Sur un cas de cubitus varue,** *Société anatomique*, séance du 21 avril 1923.

44. **Épitbélioma ds l'inteetin grêle** (en collaboration avec Benard, *Société anatomique*, 28 avril 1923.

45. **Sur un cas ds cborio-épithélioms du ligamsnt large,** *Société de Gynécologie et d'Obstétrique*, 7 mai 1923.

89 305. — Paris, Imprimerie Lahure, 9, rue de Fleurus.